



HAL
open science

La place du médecin généraliste dans la surveillance de la grossesse

Julie Perret

► **To cite this version:**

Julie Perret. La place du médecin généraliste dans la surveillance de la grossesse. Médecine humaine et pathologie. 2002. dumas-01481988

HAL Id: dumas-01481988

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01481988>

Submitted on 3 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2002

N°

**LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA
SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

par

Julie PERRET

[Données à caractère personnel]

Thèse soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Grenoble le

4 avril 2002

Devant le jury composé de

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Pons

Membres :

Monsieur le Professeur François

Monsieur le Professeur Jouk

Madame le Docteur Martine Brin

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté
Vice-Doyen
Assesseurs

M. le Professeur J. L. DEBRU
M. le Professeur J. P. CHIROSSEL
M. le Professeur J. LEBEAU
M. le Professeur J.P. ROMANET
M. le Professeur B. SELE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

@AMBLARD	Pierre	Dermato. Vénérologie	HOSTEIN	Jean	Hépto-Gastro-Entérol.
AMBROISE-THOMAS	Pierre	Parasitologie et Mycol.	JOUK	Pierre-Simon	Biologie du Dévelop.. et de la reproduction.
BACHELOT	Ivan	Endocrinologie et Maladies Métaboliques	JUVIN	Robert	Rhumatologie
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques et Informatique Méd.	LAVIEILLE	Jean-Pierre	O.R.L.
BARGE	Michel	Neurochirurgie	LE BAS	François	Biophys. et Trait. de l'Image.
BARRET	Luc	Médecine Légale	LEBEAU	Jacques	Stomat. et Chirurgie Maxillo-Faciale
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et Imag. Méd.	LEROUX	Dominique	Génétique
BEANI	J.-Claude	Dermatologie, Vénérologie	LETOUBLON	Christian	Chirurgie Générale
BENABID	M.-Louis	Biophys. et Trait. de l'image	LEVERVE	Xavier	Thérapeutique
BENSA	J. Claude	Immunologie	LEVY	Patrick	Physiologie
BERNARD	Pierre	Gynéco et Obstétrique	LUNARDI	Joël	Biochimie et Bio. Molécu.
BESSARD	Germain	Pharma. Fondamentale	MACHECOURT	Jacques	Cardio. et Maladie Vascul.
BLIN	Dominique	Chir. Thor. et Cardio Vascul.	MAGNE	Jean-Luc	Chir. Vasculaire
BOLLA	Michel	Radiothérapie	MALLION	J. Michel	Méd. du Trav. et Risques Prof.
BOST	Michel	Pédiatrie	MASSOT	Christian	Médecine Interne
BOUCHARLAT	Jacques	Pédo Psychiatrie	MERLOZ	Philippe	Chir. Ortho. et Traumatol.
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes	MICOU	Max	Maladies Infect. et Trop.
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie	MOREL	Françoise	Bioch. et Biol. Moléculaire
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et Cyto. Pathol.	MOUILLON	Michel	Ophtalmologie
BRICHON	P.Yves	Chir. Thor. et Cardio.Vasc.	MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique	MOUTET	François	Chir. Plast.Reconst. et Esth.
CARPENTIER	Patrick	Méd. Interne	PASQUIER	Basile	Anat. et Cyto.Patho
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie	PASSAGIA	J.-Guy	Anatomie.
CHAMBAZ	Edmond	Biologie Cellulaire	PAYEN de LA GARANDERIE	J. François	Anesthésiologie
CHARACHON	Robert	O.R.L.	PELLAT	Jacques	Neurologie
CHIROSSEL	J. Paul	Anatomie	PIELIP	Xavier	Rhumatologie
CINQUIN	Philippe	Biostatistique et Inf. Méd.	PISON	Christophe	Pneumologie
COLOMB	Maurice	Immunologie	POLACK	Benoît	Hématologie
CORDONNIER	Daniel	Néphrologie	POLLAK	Pierre	Neurologie
COULOMB	Max	Radiologie et Imagerie Méd.	PONS	Jean-Claude	Gynécologie et Obstétrique
DEBRU	Jean-Luc	Médecine Interne	RAMBAUD	Pierre	Pédiatrie
DE GAUDEMARIS	Régis	Méd. du Trav. et des risques professionnels.	RAMBEAUD	J. Jacques	Urologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistique et Inf. Med.	RAPHAEL	Bernard	Stomato. et Chirurgie Maxillo-faciale
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie	REYT	Emile	O.R.L.
DUPRE	Alain	Chirurgie Générale	ROMANET	J. Paul	Ophtalmologie
DYON	J.François	Chirurgie Infantile	SARAGAGLIA	Dominique	Chir. Orthopédique et Traumatologique
FAGRET	Daniel	Bioph et Trait. Image	SCHAERER	René	Cancérologie
FAURE	Claude	Anatomie	SEIGNEURIN	Daniel	Histo.embryo.cytogénét. Reproduction
FAVROT	Marie C.	Cancerologie CLB Lyon	SEIGNEURIN	J. Marie	Bactério-Viro - Hygiène.
FERRETTI	Gilbert	Radiologie centrale	SELE	Bernard	Biologie du Développement et de la Reproduction
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie	SOTTO	J. Jacques	Hématologie et Transfusion
FOURNET	Jacques	Hépto-Gastro-Entéro.	STAHL	J. Paul	Maladies Infect. et Trop.
FRANCO	Alain	Médecine. Interne	VANZETTO	Gérald	Clin./Urgences Cardio.
FRANCOIS	Patrice	Épidém., Écon. de la Sant. et Prévention.	VIALTEL	Paul	Néphrologie
GARNIER	Philippe	Pédiatrie	VROUSOS	Constantin	Radiothérapie
GIRARDET	Pierre	Anesthè. et Réa. Chir.	VUILLEZ	J.-Philippe	Biophys./Méd. Nucléaire
GOULLIER-FLEURET	Andrée	Parasitologie et Mycologie	ZARSKI	J.Pierre	Hépto-Gastro-Entérol.
GUIDICELLI	Henri	Chirurgie Vasculaire			
GUIGNIER	Michel	Réanimation Médicale			
HADJIAN	A.-Jean	Biochimie et biol.Mol			
HALIMI	Serge	Nutrition			
HOMMEL	Marc	Neurologie.			



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2002

N°

**LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA
SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

par

Julie PERRET

[Données à caractère personnel]

Thèse soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Grenoble le

4 avril 2002

Devant le jury composé de

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Pons

Membres :

Monsieur le Professeur François

Monsieur le Professeur Jouk

Madame le Docteur Martine Brin

A Clément et Baptiste

Merci

à Karine, Isabelle, Fabienne, Corinne, Anita, Christelle, Mélora, Fiorella, Sandra, Marie-Hélène, Evelyne, Mireille, Hasnia, Bénédicte, Laurence, Annick, Cécile, Anne, Christine, Anne, Virginie, Khérouta, Marcelle, Claire, Nathalie, Soraya, Ouaiya, Danielle, Isabelle, Séverine, Kabra, Christelle, Nadia, Murielle, Claire, Nathalie, Charline, Nadia, Martine, Katia, Farda, Virginie, Faten, Elodie, Nadia, Rachida, Peggy, Paolina, Patricia, Stella, Meriem, Marie-Noëlle, Carine, Hélien, Cécile, Nathalie, Armelle, Sonia, Nathalie, Catherine, Nathalie, Céline, Claire, Aline, Carole, Maryane, Ghislaine, Claudy, Linda, Eva, Odile, Aude, Anna-Paula, Laurence, Murielle, Isabelle, Christelle, Virginie, Françoise, Carole, Corinne, Zubeyde, Maria, Sylvie, Christine, Frédérique, Basma, Jane, Sandrine, Angèle, Christine, Patricia, Remedios, Sophie, Nathalie, Angélica, Christelle, Catherine, Delphine, Valérie, Soraya, Séverine, Marianne, Béatrice, Sandrine, Stéphanie, Carole, Sophie, Fabienne, Sandrine, Nathalie, Isabelle, Christelle, Annie, Djamila, Isabelle, Sylvie, Béatrice, Cécile, Nadège, Armelle, Claire, Anne, Stéphanie, Valérie, Kadija, Fabienne, Claire, Carine, Corinne, Virginie, Marie-Lise, Najia, Shahla, Marie, Patricia, Aurore, Gaëlle, Marie-Pierre, Sabrina, Isabelle, Nathalie, Suhal, Catherine, Sandrine, Charlotte, Mélanie, Patricia, Sylvie, Séverine, Caroline, Nathalie, Christine, Ismahane, Karine, Gloria, Margarida, Dominique, Stéphanie, Nathalie, Séverine, Nadine, Maud, Nadine, Cécile, Isabelle, Corinne, Magali, Laurence, Semahane, Marie-Christine, Monique, Stéphanie, Sylvie, Rachel, Ferial, Michelle, Nicole, Sylvie, Leila, Céline, Nathalie, Danielle, Raphaëlle, Farida, Béatrice, Marjorie, Delphine, Kerstin, Marie, Mélanie, Annette, Eva, Odile, Sylvie, Nathalie, Séverine, Corinne, Nathalie, Guilaine,

*qui ont pris le temps de répondre à mes questions, au moment où
une foule de sentiments a envahi leur vie.*

Merci

Au Dr Christine Cans

qui m'a aidée et soutenue tout au long de cette étude,

tant par ses conseils techniques que par son soutien moral.

Merci

Au Dr Martine Brin,

Directrice de cette Thèse,

qui a accepté de m'épauler tout au long de ce travail.

A Monsieur le Professeur Pons,

qui me fait l'honneur d'être le Président du Jury.

A Messieurs les Professeurs François et Jouk,

qui me font l'honneur de juger cette thèse.

1. Introduction :

A l'heure où l'on se pose de plus en plus la question du coût de la santé et où le gouvernement réalise un « plan périnatalité 1995-2000 », on peut se demander quel est le meilleur choix pour organiser le suivi de la femme enceinte tout en maintenant une qualité de soins optimale. Cette question est d'autant plus d'actualité que le nombre de gynécologues médicaux diminue chaque année, puisque le diplôme de gynécologie médicale n'existe plus, et que les femmes choisissent donc d'autres intervenants. Si les femmes se dirigent uniquement vers les gynécologues médicaux restants et les gynécologues obstétriciens, il risque de se poser un problème de santé publique important : une surcharge de travail pour les gynécologues (et donc une diminution du temps de consultation, une moindre importance accordée au relationnel, un risque de méconnaître une pathologie, des difficultés pour répondre aux urgences, des problèmes d'organisation du temps de travail pour ces médecins) et une augmentation du coût du suivi compte tenu du tarif des consultations. Pour prévenir cette tendance, et ne pas compter sur les seuls gynécologues, on peut faire l'hypothèse d'une répartition du suivi de la femme enceinte entre différents professionnels de santé. Quel rôle peuvent alors jouer sages femmes et médecins généralistes dans ce suivi ? En dehors d'un moindre coût de la consultation, le partage du suivi permettrait sans doute une meilleure organisation du travail des médecins, des consultations d'une durée supérieure permettant de mieux répondre aux attentes des femmes, et peut être une diminution de la mortalité et de la morbidité périnatales.

Lorsque j'ai formulé cette problématique, j'ai recherché dans la littérature des articles ou des ouvrages qui auraient pu me renseigner sur le suivi actuel de la femme enceinte ou, plus exactement, sur la répartition des professionnels de santé qui effectuent ce suivi. Je n'ai retrouvé que peu d'états des lieux sur cette surveillance, très peu de chiffres pouvant me dire

quelle proportion de femmes était suivie par un gynécologue médical, un gynécologue obstétricien, une sage femme ou un médecin généraliste. Les seules données que je possédais étaient deux enquêtes du Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) : celle de 1982-83 [22] qui montrait que 55.2% des consultations pour grossesse étaient effectuées par des médecins généralistes, et celle de 1992 [1], dans laquelle cette proportion était abaissée à 44%.

Quant aux critères qui poussent la femme à choisir un intervenant plutôt qu'un autre, rien n'est dit.

De cette absence de données est née l'idée de ce travail dont la question centrale était de savoir si le médecin généraliste a toujours sa place dans le suivi de la grossesse. Il faut rappeler que, dans toutes les spécialités, le médecin généraliste devrait être le médecin de premier recours, permettant en cas de besoin d'adresser le patient au spécialiste (qui a donc une place de seconde ligne). Le médecin généraliste a en effet une position privilégiée par la connaissance des antécédents du patient, du milieu familial, des conditions de vie, des éventuels problèmes sociaux. C'est lui qui est donc a priori le plus à même d'effectuer un suivi et de coordonner les avis des différents spécialistes auxquels il a fait appel.

Ce schéma devrait s'appliquer également à la surveillance de la grossesse. Or il semble que cela ne soit pas le cas : actuellement, le médecin généraliste ne paraît occuper qu'une place annexe dans la surveillance de la grossesse, et ne semble être consulté que pour les petits ennuis intercurrents, mais pas pour le suivi en lui-même (comme pour les enfants, les visites mensuelles semblent faites par les pédiatres et les consultations d'urgence pour les rhinopharyngites par exemple, par les médecins généralistes). Ce changement est-il réel ? Cette désertion du médecin généraliste est-elle justifiée ? Le médecin généraliste est-il réellement moins compétent qu'un spécialiste pour le suivi d'une grossesse à bas risques ? Ce non-choix du médecin généraliste pour le suivi de la grossesse est-il lié à la femme (qui

préfère consulter un gynécologue) ou au médecin généraliste (qui ne s'investit pas dans cette surveillance) ? Comment le médecin généraliste peut-il retrouver une place plus importante dans l'organisation de ces soins ? C'est ce que j'ai essayé de montrer avec cette étude réalisée en mai et juin 2001 auprès de 200 femmes ayant accouché dans l'une des 6 maternités de la circonscription de Grenoble. Avant de débiter ce travail, je supposais que:

- la plupart des femmes se faisaient suivre par un gynécologue ou par un médecin généraliste femme,
- celles qui étaient suivies par leur médecin généraliste avaient souvent pour critère de choix sa disponibilité et ses faibles délais de rendez-vous,
- les femmes habitant en milieu rural faisaient plus de place au médecin généraliste,
- les femmes qui étaient suivies par un gynécologue pensaient souvent que le médecin généraliste n'était pas assez compétent pour suivre leur grossesse et qu'elles feraient suivre leur enfant par un pédiatre par la suite,
- les femmes de catégorie socioprofessionnelle élevée étaient plus suivies par les gynécologues obstétricaux et accouchaient de préférence dans les maternités des cliniques privées,
- les patientes suivies à l'hôpital l'étaient souvent soit à cause de problèmes de ressources, soit parce que leur grossesse était particulièrement à risque.

L'enquête tentera de montrer dans quelles conditions et dans quelles mesures ces hypothèses se vérifient.

L'objectif de ce travail était donc de savoir :

- Par qui sont suivies les femmes enceintes de la circonscription de Grenoble, et s'il existe des différences en fonction des caractéristiques des femmes (âge, origine culturelle, lieu d'habitation, antécédents gynécologiques, niveau d'études et catégorie socioprofessionnelle).

- Sur quels critères positifs ou négatifs sont choisis les intervenants, et s'ils sont différents selon les critères cités précédemment.
- Si ce choix engendre des différences sur la qualité du suivi de la grossesse (information reçue, nombre de consultations et leur durée, nombre d'échographies...), de l'accouchement (déroulement de l'accouchement, vécu de l'accouchement, douleur...) et sur l'état de santé de l'enfant à la naissance (poids, âge gestationnel, score d'Apgar...).

En étudiant l'ensemble des données de cette enquête, j'ai donc essayé de répondre à ces questions et de vérifier ces hypothèses. Nous verrons ainsi successivement :

- La nécessité du suivi de la grossesse; les praticiens théoriquement concernés ; les modalités de surveillance.
- Les matériels et méthodes de l'enquête.
- Les résultats de l'enquête après analyse statistique et la vérification des hypothèses concernant : la population étudiée, le professionnel référent, les critères de choix de ce professionnel, le déroulement du suivi et de l'accouchement pour ces femmes, et enfin les variations en fonction du professionnel référent.
- La discussion des résultats.

2. Le suivi de la grossesse :

2.1. Pourquoi le suivi ?

2.1.1. Quelques définitions :

Grossesse normale : [25]

Une grossesse normale peut être définie comme une grossesse survenant chez une femme âgée de 18 à 35 ans, sans antécédents familiaux ou personnels particuliers et évoluant jusqu'à son terme sans anomalie.

Grossesse à risque : [11]

La grossesse à risque se définit comme une grossesse présentant un danger potentiel pour l'enfant, et quelquefois pour la mère, pendant la période de gestation mais également dans les premiers jours du post-partum. Ce danger se concrétise pour la mère :

- par l'aggravation d'une pathologie préexistante,
- par l'apparition d'une pathologie nouvelle (hypertension artérielle, diabète, infection).

Pour l'enfant, ce danger est triple :

- prématurité,
- retard de croissance intra-utérin,
- mort in utero.

Mortalité maternelle: [9]

C'est le nombre de décès maternels rapporté au nombre de naissances vivantes. Les facteurs de risques sont : [23]

- l'âge élevé de la mère,
- les antécédents médicaux,
- la survenue d'une pathologie au cours de la grossesse ou de l'accouchement.

Décès maternel (OMS): [9]

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite.

Mortalité périnatale : [14]

Il s'agit de la somme de la mortalité néonatale précoce et de la mortalité fœtale par rapport au nombre total de naissances (vivantes ou morts-nés). Les facteurs de risques sont :

- la prématurité,
- l'hypotrophie,
- les données socio-économiques des parents (âge de la mère, rang de naissance élevé, naissance hors mariage, inactivité professionnelle, parité élevée),
- une malformation congénitale,
- les grossesses multiples.

Mortalité néonatale : [5]

C'est le nombre de décès d'enfants nés vivants et morts entre 0 et 27 jours révolus par rapport au nombre de naissances vivantes. Elle se décompose en deux catégories :

- la mortalité néonatale précoce (entre 0 et 6 jours),
- et la mortalité néonatale tardive (entre 7 et 27 jours révolus).

Mortinatalité ou mortalité fœtale : [5]

Il s'agit du nombre de morts-nés par rapport au nombre total de naissances.

Mortalité infantile : [15]

Cela correspond au nombre d'enfants nés vivants décédés avant leur 1^{er} anniversaire rapporté au nombre de naissances vivantes pendant une année civile donnée.

Enfant né vivant : [5]

Tout enfant qui respire ou manifeste tout autre signe de vie à la naissance, et ceci indépendamment de la durée de gestation.

Enfant mort-né : [5]

Tout enfant n'ayant manifesté aucun signe de vie à la naissance.

2.1.2. Les raisons du suivi :

"La grossesse est un état physiologique et non une maladie. L'objectif de la surveillance médicale de la grossesse est de réduire la mortalité et la morbidité périnatales par le dépistage des principales causes d'accidents. Au-delà de cet objectif deux notions priment, information et complémentarité. Informer pour expliquer le rôle du médecin et préciser ce qu'est la grossesse ; complémentarité avec le couple et entre le médecin généraliste et le gynécologue. La femme va donc être accompagnée par un ensemble de prestataires (de soins) dont le rôle est de s'assurer du bon déroulement de la grossesse." [10]

Le suivi a pour objectifs:

- d'informer la femme sur le déroulement de sa grossesse et sur la maternité, de responsabiliser les femmes vis à vis de leur grossesse (suppression des toxiques),
- de prévenir les risques notamment ceux d'accouchement prématuré et de calculer le coefficient de risque d'accouchement prématuré [31] : Coefficient de Papiernick,
- de dépister les pathologies pouvant se déclarer que se soit pour l'enfant à naître ou pour la femme enceinte, c'est à dire de dépister les grossesses à risques,
- de diminuer le nombre d'enfants de faible poids, ce qui n'est pas réalisé pour l'instant : les enfants de poids inférieur à 2500g représentaient 5.2% des naissances en 1981, et 6.2% en 1995 [19]. De la même façon, le taux de naissances prématurées n'a pas diminué entre 1981 et 1995 (passant de 5.6% à 5.9%).

- de diminuer la mortalité et la morbidité périnatales, les décès maternels dus à la grossesse et donc de diminuer les facteurs de risques. Ainsi, on observe :
 - une baisse de la mortalité maternelle entre 1970 et 1989 (28.1/100 000 en 1970, 8.5/100 000 naissances vivantes en 1989), mais ensuite une hausse constante aboutissant à 13/100 000 en 1992, sans que l'on ait d'autre explication que l'amélioration de l'information recueillie [9] ou l'augmentation du nombre de grossesses après l'âge de 30 ans [19];
 - une diminution du nombre de décès maternels durant la même période : le décès maternel représente 1.56% de la mortalité maternelle en 1970, 0.66% en 1989 puis 0.74% en 1992 (même explication que pour la mortalité maternelle concernant cette hausse) [9] ;
 - une baisse de la mortalité infantile : 7.3/1000 en 1990 et 4.8/1000 en 1996 (baisse des décès liés à la mort subite du nourrisson), la France occupant alors une place favorable juste après les pays nordiques [14] ;
 - une diminution de la mortalité périnatale : 8.3/1000 en 1990 à 7.4/1000 en 1996 grâce aux progrès techniques et aux conditions plus favorables de la grossesse en particulier par une meilleure formation des femmes et une surveillance périnatale accrue [14], mais la France reste au 10^{ème} rang des pays européens en 1990 [15].

Face à ses chiffres plus ou moins satisfaisant, a été mis en place en 1994 un plan gouvernemental sur la périnatalité, qui a quatre objectifs [2] :

- diminuer la mortalité maternelle de 30%,
- abaisser la mortalité périnatale de 20%,
- réduire de 25% le nombre d'enfants de faible poids de naissance,
- réduire de moitié le nombre de femmes peu ou pas suivies au cours de leur grossesse.

Les études sur les femmes non suivies ou ayant une surveillance très faible renforcent l'opinion de l'utilité de la surveillance prénatale: les femmes peu ou pas suivies ont un risque élevé de décès périnatal ou d'avoir un enfant de faible poids à la naissance [4]. Dans une étude française de 1993, 1.1% des femmes avaient moins de quatre visites prénatales ou avaient commencé à consulter au 3^{ème} trimestre, et l'issue de leur grossesse était très défavorable par rapport à celle des femmes mieux suivies : prématurité de 15.3% contre 5.3%, enfants de moins de 2500g dans 13.3% des cas contre 6.5%, plus grand nombre de décès périnatals. Il faut noter que ces femmes peu ou pas suivies sont plus souvent que les autres très jeunes, grandes multipares, vivant seules, sans emploi, et sans couverture sociale (36% contre 4%). Malgré ces caractères particuliers, il demeure une liaison entre la surveillance et l'issue de la grossesse dans de nombreuses études [4] : risque d'avoir un enfant de moins de 2500g multiplié par trois ou quatre, risque d'accouchement avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) multiplié par quatre.

Pour assurer à toutes les femmes une surveillance minimale, jugée optimale pour une grossesse normale, il existe en France un système d'incitation financière fondé sur les allocations prénatales [4]. Mais cette surveillance prénatale (malgré les incitations économiques qui y sont liées) était encore refusée par 3-4% des femmes françaises et 8-12%

des femmes immigrés en 1988. Ces femmes immigrées évoquaient, pour expliquer leurs réticences, leurs traditions culturelles, mais ces réticences sont aussi liées au milieu social défavorisé, au faible niveau de scolarisation et surtout à la méconnaissance de la langue française [24]. Par ailleurs, certains facteurs de risques sont quasi inexistantes chez ces femmes (tabagisme, alcoolisme, célibat, activité professionnelle) [24].

2.2. Qui réalise ce suivi ?

Le suivi de la grossesse peut être réalisé par différents intervenants, qui effectuent cette surveillance seuls ou en collaboration avec d'autres professionnels de la santé : médecins généralistes, gynécologues, sages femmes.

Dans la circonscription de Grenoble, pour assurer le suivi des 11 419 femmes ayant fait une déclaration de grossesse en 2000 [12], il y avait au 31 décembre 2001 :

- 930 médecins généralistes (comme en 1999),
- 101 gynécologues (contre 103 en 1999)
- 55 sages femmes (contre 60 en 1999).

2.2.1. Un médecin généraliste :

En sa qualité de médecin de famille, sa place est primordiale dans le suivi de la parturiente, mais pour cela, il doit s'appuyer sur une formation adéquate, connaître ses limites et donc déléguer lorsque cela devient nécessaire. L'enseignement à la faculté, les stages hospitaliers devraient donc permettre à tout médecin généraliste de suivre une grossesse normale. De plus sa connaissance du milieu familial et sa proximité géographique en font un interlocuteur privilégié.

En cas de survenue d'une pathologie, sa surveillance pourra se prolonger en collaboration avec celle du spécialiste [25]. La surveillance des grossesses à risques est le fruit d'une collaboration interdisciplinaire où le médecin généraliste tient une place prépondérante, en particulier en milieu rural éloigné de tout centre obstétrical [11].

2.2.2. Un gynécologue médical ou obstétricien :

Il est bien entendu au cœur de la surveillance de la femme enceinte et du post-partum, en particulier lors de grossesses à risques ou compliquées, en collaboration avec les médecins généralistes et les sages femmes.

Le double suivi médecin généraliste / gynécologue est inutile si la grossesse est normale [25]. En cas de besoin, il peut être nécessaire de faire intervenir différents professionnels de santé, mais cela nécessite une bonne qualité d'information et une complémentarité avec le couple et entre médecins généralistes, sages femmes et gynécologues.

2.2.3. Une sage-femme :

Une sage-femme peut assurer le suivi d'une grossesse normale ainsi que la pratique d'échographies (art. L 374 du Code de Santé Publique). Elle peut exercer à l'hôpital, en ville ou à domicile et a un rôle d'éducation et de soutien psychologique. Elle réalise également les cours de préparation à l'accouchement.

En pratique, on s'aperçoit que les sages femmes libérales suivent peu de grossesses normales et qu'elles consacrent beaucoup plus de temps au suivi des grossesses pathologiques, à la surveillance des suites de couches à domicile, aux cours de préparation à l'accouchement et à la rééducation périnéale du post-partum. Les sages femmes des maternités publiques assurent, quant à elles, une partie du suivi des grossesses sans problème, le suivi du travail, 70 à 80% des accouchements et tous ceux à bas risques [29] ainsi que la surveillance du post-partum, tandis qu'en secteur privé elles ont pour rôles le suivi du travail et la surveillance des suites de couches mais ne sont pas chargées des accouchements à bas risques [29].

2.3. Les modalités de surveillance :

Le décret n°92-143 du 14 février 1992, spécifie que les examens médicaux obligatoires de la femme enceinte prévus à l'article L. 154 du code de la santé publique sont au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme. L'article R. 534-2 du code de la sécurité sociale note que la preuve que les six examens prénatals (autres que celui de la déclaration de grossesse) ont été passés dans les délais fixés, résulte de la production à l'organisme ou service dont relève l'allocataire, d'une attestation d'examen mentionnant la date de l'examen.

2.3.1. La première consultation (durant les 3 premiers mois) :

"Une à trois consultations sont nécessaires pour affirmer la grossesse, prévoir avec la patiente les modalités du suivi et la déclarer [30]. Seule la consultation incluant la déclaration est obligatoire et elle doit être réalisée par un médecin (Art. L 154 du Code de Santé Publique). Elle doit avoir lieu avant 14 SA (Décret 92-143 du 14 février 1992). Cette consultation a plusieurs rôles :

2.3.1.1. Affirmer le diagnostic de grossesse (par des signes cliniques et biologiques) :

- Aménorrhée, rapports potentiellement fécondants, signes sympathiques de grossesse (nausées, vomissements, hyper sialorrhée, modifications de l'appétit, tension mammaire, augmentation du réseau sous-cutané mammaire, aréoles plus pigmentées et saillantes, vulve gonflée et plus pigmentée, augmentation des sécrétions vaginales, soif intense, émotivité, hypersomnie, pollakiurie), plateau thermique supérieur à 18 jours.
- Modification de consistance de l'utérus à partir de 4 à 6 SA, augmentation du volume (taille d'une orange vers 6-8 SA, d'un pamplemousse vers 10 SA), couleur violacée du col, glaire trouble et peu abondante.

- Tests biologiques urinaires ou plasmatiques: ne devraient être prescrits que s'il existe un doute sur la réalité de la grossesse [25].

2.3.1.2. Déterminer le terme (par des signes cliniques et échographiques) :

- Anamnèse (date des dernières règles, date des derniers rapports potentiellement fécondants, régularité du cycle): le début de grossesse est fixé empiriquement 12 jours après le 1er jour des dernières règles.
- Echographie: c'est l'examen le plus fiable et le plus reproductible grâce à la mesure entre 8 et 12 SA de la distance cranio-caudale permettant une datation précise à +/- 4 jours.

2.3.1.3. Dépister les facteurs de risques pour la grossesse (par l'interrogatoire) :

- Antécédents familiaux de la patiente et de son conjoint:
 - Hypertension artérielle.
 - Pathologie cardio-vasculaire.
 - Diabète .
 - Grossesse gémellaire.
 - Enfants porteurs de malformations ou de déficiences.
 - Médicaments au long cours (anticonvulsivants, anticoagulants, antihypertenseurs, corticoïdes) .
- Antécédents obstétricaux [2] :
 - Fausses couches à répétition, interruption volontaire de grossesse .
 - Mort fœtale in utero.
 - Accouchement prématuré.
 - Retard de croissance intra-utérin, macrosomie.

- Malformation fœtale.
- Anomalie chromosomique.
- Maladie héréditaire génique.
- Allo-immunisation.
- Antécédents gynécologiques [2] :
 - Antécédents infectieux pelviens.
 - Port antérieur d'un dispositif intra-utérin chez une nullipare.
 - Pathologie tubaire connue.
 - Assistance médicale à la procréation.
 - Endométriose.
 - Malformation utérine.
- Facteurs individuels et sociaux [2] :
 - Age inférieur à 16 ans ou supérieur à 38 ans.
 - Maigreur ou obésité.
 - Taille inférieure à 1.50 m.
 - Consommation de drogues, tabac...
 - Conditions socio-économiques défavorables ou trop favorables (femmes hyperactives).
 - Facteurs psychologiques.

2.3.1.4. Réaliser un examen clinique initial [17, 29] :

- Général :
 - poids, taille (en cas de taille inférieure à 1 m 50 il existe une hausse du risque de retard de croissance intra-utérin), et rapport taille sur hanche
 - auscultation cardiaque et pulmonaire, prise de tension artérielle,

- examen neurologique,
 - examen des aires ganglionnaires,
 - palpation de la thyroïde,
 - palpation de l'abdomen,
 - recherche d'une myopie, d'une atteinte des conjonctives, des gencives ou des dents,
 - recherche de fièvre, signes de cystites (mais fréquence des formes asymptomatiques), varices, métrorragies, leucorrhées, douleurs pelviennes, signes infectieux.
- Gynécologique :
 - examen au spéculum , pratiqué avant le toucher vaginal, pour vérifier l'absence d'anomalie morphologique du col et pour réaliser un frottis cervical si le dernier date de plus de 2 ans,
 - toucher pelvien pour apprécier le volume de l'utérus, l'état du vagin, et s'assurer qu'il n'y a pas de tuméfaction annexielle évidente,
 - examen des seins.

2.3.1.5. Programmer les examens para-cliniques :

- obligatoires (décret n°92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal):
- glycosurie et albuminurie, voire bandelettes urinaires associant leucocytes et nitrites pour la recherche de la bactériurie asymptomatique d'après l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) [2],
- détermination des groupes sanguins (A, B, O, avec phénotype rhésus complet et Kell) si la patiente ne possède pas de carte de groupe complète,

- recherche d'agglutinines irrégulières (RAI). Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.
- sérologies de la syphilis (VDRL +TPHA), de la toxoplasmose et de la rubéole en l'absence de résultats écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise, ou si la sérologie date de plus de 2 ans en ce qui concerne la rubéole (ANAES) [2],
- proposition par le médecin, après information sur les modes de contamination, d'un test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (Code de la Santé Publique Art L 154, loi n° 93.121 du 27/01/1993), après information des risques de contamination de l'enfant,
- proposition obligatoire par le médecin du dépistage biologique de la Trisomie 21, après information de la femme sur les risques pour l'enfant à naître d'être atteint de Trisomie 21, sur les caractéristiques de cette maladie, sur les moyens de la détecter, sur les possibilités thérapeutiques et sur les résultats susceptibles d'être obtenus par cette analyse, et également sur les risques inhérents aux prélèvements, sur leur contraintes ainsi que sur leurs éventuelles conséquences. A l'issue de cette consultation dite de conseil génétique, le médecin devra recueillir par écrit le consentement signé de la femme et délivrer à la femme une attestation signée certifiant qu'il a apporté à la femme enceinte les informations nécessaires. Pour la réalisation de ce dépistage, une datation précise de la grossesse par échographie est nécessaire.(Loi de bioéthique n° 94.654 du 29/07/1994).

➤ orientés :

- sérologie de l'hépatite B à faire au 1^{er} trimestre d'après l'ANAES [2],
- sérologie de l'hépatite C pour les groupes à risques [2],
- hémogramme,

- uricémie (valeur pronostic pour la toxémie gravidique),
- échographie : non obligatoire mais indispensable, à réaliser entre 10 et 13 SA. Elle permet de:
 - vérifier la vitalité fœtale,
 - localiser la grossesse,
 - confirmer l'âge gestationnel par la mesure de la longueur cranio-caudale, ce qui est indispensable à la réalisation du dépistage biologique de la Trisomie 21,
 - mesurer l'épaisseur du pli de la nuque pour dépister une éventuelle trisomie 21,
 - diagnostiquer une grossesse multiple,
 - dépister certaines malformations,
 - étudier le fonctionnement du placenta.

2.3.1.6. Réaliser la déclaration de grossesse :

Ce certificat doit indiquer clairement que "la patiente a subi un examen médical général et obstétrical et que les examens obligatoires ont été prescrits". Il est à envoyer par la patiente à son organisme d'assurance maladie d'une part et à la caisse d'allocations familiales d'autre part.

2.3.1.7. Informer sur :

- les différentes modalités du suivi ultérieur et le plan de la surveillance,
- le lieu d'accouchement et la préparation à l'accouchement,
- les précautions particulières à prendre pendant la grossesse : alimentation, surveillance du poids, éviter l'alcool et le tabac, prudence vis à vis de l'automédication, activité physique et sportive, voyages, surveillance de la

température, prévention de la listériose et de la toxoplasmose, consultation en cas de pertes ou de saignements [25],

- l'allaitement : c'est dès ce stade qu'il faut commencer à en parler si l'on veut espérer promouvoir l'allaitement maternel [33].

2.3.2. Les autres consultations : [17,29]

➤ Une consultation mensuelle est obligatoire à partir du 1er jour du 4^{ème} mois et jusqu'à l'accouchement (Décret 92-143 du 14 février 1992 du code de santé publique) ; les deux dernières effectuées par l'équipe obstétricale, chez une femme avec une grossesse unique et sans antécédent pathologique [25]. Elles permettent de vérifier la bonne évolutivité de la grossesse.

➤ L'interrogatoire recherche des signes anormaux et/ou des facteurs de risques de prématurité :

- fatigue,
- stress,
- contractions utérines : les contractions physiologiques sont ressenties vers le 4^{ème} mois de grossesse, elles sont peu fréquentes, surviennent à certains moments de la journée surtout le soir et disparaissent spontanément. Elles ne sont pas douloureuses. Leur nombre doit être inférieur à dix par jour jusqu'à 32 SA et vingt par jour jusqu'à 35 SA,
- douleurs pelviennes,
- pertes anormales,
- signes urinaires,
- fièvre,

- hypertension artérielle,
- œdème des membres inférieurs,
- prurit,
- prise de poids excessive ou amaigrissement (prise de poids normale comprise entre 8 et 12 kg [25]),
- troubles neuro-sensoriels,
- pyrosis,
- problèmes dentaires.

➤ L'examen clinique permet de s'assurer du bon déroulement de la grossesse :

- pesée,
- mesure de la hauteur utérine,
- inspection et palpation abdominale étudiant ainsi la consistance de l'utérus, le volume fœtal, la présentation et le volume de liquide amniotique,
- toucher vaginal appréciant la longueur, la perméabilité et la consistance du col,
- examen au spéculum systématique, ou s'il existe des pertes selon les auteurs,
- examen des seins,
- prise de tension artérielle, idéalement tous les 15 jours [2] à partir de 32 SA.

A noter que d'après certains auteurs [25], le toucher vaginal n'est pas indispensable chez une patiente qui ne signale aucune perte anormale, aucun saignement, aucune contraction utérine et dont la présentation est bien mobile au-dessus de la symphyse pubienne.

➤ Ces consultations permettent également de réaliser un bilan fœtal pour apprécier la vitalité, la maturité et la croissance du fœtus :

- recherche de mouvements actifs ressentis vers 20–21 SA chez la primigeste, 18-19 SA chez la multigeste,
- mesure de la hauteur utérine,
- recherche des bruits du cœur fœtaux à partir de 12-15 SA avec un appareil à ultrasons,
- évaluation de la présentation à partir de 24-26 semaines de grossesse.

➤ Le professionnel de santé programme lors de ces consultations d'autres examens para-cliniques :

- obligatoires (décret n°92.143 du 14/02/1992) :
 - groupage ABO si incomplet,
 - recherche d'agglutinines irrégulières si non faite, ou chez les femmes rhésus négatif ou antérieurement transfusées au 6^{ème},
 - sérologies toxoplasmose tous les mois à partir du 4^{ème} mois si l'immunité n'est pas acquise,
 - dépistage de l'antigène Hbs (même chez les patientes vaccinées, la vaccination n'étant pas précédée par une sérologie recherchant un portage chronique [25]) et numération formule sanguine (NFS) au 6^{ème} mois,
 - glycosurie et albuminurie mensuelles, et leucocytes et nitrites à la bandelette pour l'ANAES [2],
 - échographies à 22 SA (dépistage morphologique) et 32 SA (biométrie du fœtus, taille, structure et position du placenta, quantité de liquide amniotique),

- aucune exploration Doppler (artères utérines, artère ombilicale) ne doit être réalisée au cours de la surveillance d'une grossesse normale chez une patiente sans antécédent pathologique [2].
- non obligatoires, prescrit en fonction des signes d'appel :
 - recherche d'un diabète gestationnel (test de O'Sullivan, puis en cas de positivité, hyperglycémie provoquée par voie orale). D'après le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), celui-ci doit être recherché chez toute femme enceinte entre 24 et 28 SA, et chez les femmes avec un facteur de risque (antécédent familial, âge supérieur à 35 ans, antécédent de pré éclampsie, de mort né, de macrosomie et de malformation) il doit être pratiqué dès la 1^{ère} consultation et renouvelé à 24-28 SA en cas de négativité [33],
 - recherche d'infections urinaires.
- Au total chaque consultation permet d'orienter les femmes dans les différentes maternités selon le type de la grossesse, le plateau technique et le niveau de soins pédiatriques associés.

2.3.3. Les consultations du 8^{ème} et 9^{ème} mois : [33]

Elles sont réalisées obligatoirement par l'équipe obstétricale qui prend en charge l'accouchement [2].

L'examen clinique évaluera le pronostic obstétrical : volume fœtal, mode de présentation, évaluation clinique du bassin. Cette consultation prévoit aussi les modalités de l'accouchement en fonction des données médicales et obstétricales.

Dans le même temps, la patiente aura éventuellement une consultation avec les anesthésistes. D'après le décret n°94-1050 du 5 décembre 1994, la consultation pré-anesthésique est obligatoire « lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée ». Cela correspond par exemple pour la femme enceinte [2] aux cas où une intervention comme une césarienne est prévue avant la fin de la grossesse. En revanche, il n'est pas nécessaire de pratiquer une consultation pré-anesthésique à tout femme enceinte.

L'examen clinique comprend :

- palper de l'abdomen, mesure de la hauteur utérine,
- toucher vaginal pour déterminer la présentation, palper le périnée, le col, le segment inférieur et le bassin,
- confrontation foeto-pelvienne,
- amnioscopie si le col est ouvert et en l'absence d'infection.

Ces consultations devront également permettre de prescrire :

- une 2^{ème} détermination du groupe sanguin A, B, O, rhésus standard si nécessaire
- recherche d'agglutinines irrégulières si non faite, ou chez les femmes rhésus négatif ou antérieurement transfusées,
- sérologies de la toxoplasmose si femme non immunisée,
- prélèvement vaginal à 35-37 SA.

A partir de la 39^{ème} ou 40^{ème} SA, une surveillance rapprochée est indiquée avec des consultations de plus en plus rapprochées. Il sera alors décidé ou non du déclenchement du travail.

2.3.4. Consultation du post-partum :

Un examen médical post-natal doit obligatoirement être effectué dans les huit semaines qui suivent l'accouchement. Cet examen pratiqué par un médecin permet de faire le point sur la contraception, d'effectuer les vaccins nécessaires (rubéole et hépatite B) [33], et de prévoir la rééducation périnéale si nécessaire.

2.4. Et dans les autres pays d'Europe ?

Une enquête [30] réalisée entre octobre 1992 et novembre 1993 sur les examens cliniques et les explorations effectués de façon systématique dans neuf services de gynécologie-obstétrique européens montre que:

- L'examen clinique réalisé lors de la première consultation est quasiment le même dans les huit pays. La pratique anglaise se distingue cependant par l'absence de pose systématique de spéculum comme de toucher vaginal. Le bilan sanguin laisse apparaître, lui, plus de dissensions .
- Aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres, le toucher vaginal n'est réalisé de façon systématique que dans un service sur deux et il existe une dissension à propos des sérologies de la rubéole, de la toxoplasmose et de l'hépatite B.
- En fin de grossesse, aucun service ne réalise de consultation pré-anesthésique systématique.
- D'une façon générale, l'ensemble des services réalisent entre huit à onze consultations par grossesse, et la plupart des services demandent trois examens échographiques par grossesse.

La disparité observée dans cette enquête sur les surveillances prénatales ne fait que traduire les incertitudes qui persistent quant à la valeur de nombreux tests et traitements utilisés dans le suivi de la grossesse.

3. Objet de l'enquête : matériels et méthodes

3.1. Matériels :

3.1.1. L'enquête :

J'ai réalisé une enquête prospective auprès de femmes résidant dans le département de l'Isère et ayant accouché depuis moins de huit jours dans l'une des maternités de la circonscription de Grenoble. La circonscription de Grenoble regroupe l'ensemble du département de l'Isère moins l'arrondissement de Vienne, les cantons de l'Isle D'Abeau et la caisse primaire de Vienne. Elle comporte donc six maternités : le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble Sud et Nord, le Centre Hospitalier (CH) de Voiron, la Clinique Mutualiste des Eaux Claires, la Clinique des Cèdres et la Clinique Belledonne à Grenoble. Le choix de ne réaliser l'enquête que sur cette circonscription et non sur l'ensemble du département a été motivé par deux principales raisons :

- premièrement, choisir une zone correspondant au découpage des caisses d'assurance maladie me permettait d'obtenir des chiffres concernant la zone étudiée,
- deuxièmement, l'éloignement géographique de certaines maternités situées en dehors de la circonscription de Grenoble (notamment Bourgoin Jallieu), aurait compliqué la réalisation de l'enquête.

Les femmes ont été interrogées par mes soins, après avoir reçu une note explicative concernant les objectifs de ce questionnaire, son utilisation ultérieure et sa confidentialité. Toutes les femmes présentes à la maternité le jour de l'enquête ont reçu cette note explicative. Je suis ensuite passée d'une chambre à une autre, avec pour seul critère de choix, la disponibilité des femmes et leur accord pour répondre à ce questionnaire.

Pour compléter les questionnaires proposés aux femmes, j'ai consulté avec leur accord et celui des médecins de chaque maternité, leur dossier médical. Pour celles qui ne voulaient pas que je consulte ce dossier, j'ai néanmoins recueilli une partie des informations par l'interrogatoire, afin d'avoir les questionnaires les plus complets possibles.

J'avais établi auparavant (avec l'aide d'un médecin statisticien du Service d'Information et d'Informatique Médicales (SIIM) du CHU de Grenoble) qu'un nombre de 200 questionnaires permettrait d'avoir un échantillon de taille suffisante. Afin d'obtenir un échantillon représentatif j'ai calculé le nombre de femmes à interroger par maternité en fonction du nombre d'accouchement pour chaque maternité en 2000 (chiffres communiqués par le chef de service ou le directeur de chaque maternité). La répartition a donc été la suivante :

- maternité du CHU Sud : 850 accouchements en 2000 donc 18 femmes à interroger,
- maternité du CHU Nord : 1700 accouchements en 2000 donc 37 femmes à interroger,
- maternité du CH de Voiron : 1350 accouchements en 2000 donc 29 femmes à interroger,
- maternité de la Clinique Mutualiste des Eaux Claires : 1500 accouchements en 2000 donc 32 femmes à interroger,
- maternité de la Clinique des Cèdres : 1730 accouchements en 2000 donc 37 femmes à interroger,
- maternité de la Clinique Belledonne : 2200 accouchements en 2000 donc 47 femmes à interroger.

Compte tenu du nombre de femmes à interroger, plusieurs jours d'enquête ont été nécessaires pour obtenir l'échantillon fixé au départ. L'enquête s'est donc déroulée entre le 21 mai et le 20 juin 2001.

Certaines des femmes présentes dans les maternités durant les jours d'enquête n'ont pas pu être interrogées :

- soit parce qu'elles n'étaient pas éligibles (il existait des critères d'exclusion, cf. paragraphe 3.1.3.) : 40.1%
- soit parce qu'elles ont refusé de participer à l'enquête : 14.2%
- soit parce qu'elles n'étaient pas disponibles, déjà sorties lors de mon passage, ou bien parce que je n'avais pas eu le temps de les voir avant la fin de la journée : 45.7%

3.1.2. Critères d'inclusion :

- femme présente le jour de l'enquête à la maternité,
- ayant accouché depuis moins de 8 jours (<J8).

3.1.3. Critères d'exclusion :

- accouchement supérieur à 7 jours,
- accouchement d'un enfant mort-né,
- hospitalisation pour fausse couche spontanée,
- hospitalisation pour interruption volontaire de grossesse,
- femme ne résidant pas dans le département de l'Isère,
- femme ne parlant pas le français,
- femme n'ayant pas encore accouché (hospitalisation pour grossesse pathologique ou pour début de travail).

3.1.4. Le questionnaire : cf. annexe.

Il était assez important et nécessitait environ 10 à 15 min d'interrogatoire selon que la femme était nullipare ou multipare.

L'enquête comportait plusieurs volets :

- L'état civil de la femme.
- L'état de santé de la femme.
- Les éventuelles grossesses précédentes (leur évolution, leur suivi, les déroulements des grossesses et des accouchements, l'allaitement).
- La grossesse actuelle (les toxiques, les symptômes, le suivi, le choix du professionnel référent, les examens réalisés).
- L'information reçue pendant la grossesse.
- L'accouchement : le vécu et le déroulement « technique ».
- L'allaitement.
- L'enfant : son état de santé et son suivi ultérieur.

Pour l'évaluation du vécu de l'accouchement, de la douleur lors du travail et de la douleur lors de l'accouchement, j'ai utilisé l'échelle visuelle analogique (EVA) afin d'obtenir des données analysables facilement et reproductibles d'une femme à une autre : j'ai ainsi demandé aux femmes de déplacer le curseur de cette échelle entre un très bon vécu de l'accouchement coté 10/10 et un très mauvais vécu coté 0/10. Pour la douleur lors du travail et de l'accouchement, j'ai procédé de la même façon, la note 0/10 correspondant à l'absence de douleur et la note 10/10 à une douleur maximale.

3.2. Méthodes d'analyse :

L'ensemble des données des questionnaires a été saisi sur informatique, en prenant soin de respecter la confidentialité de ces réponses. Les données ont ensuite été traitées grâce aux logiciels Microsoft Excel et Epi Info et avec l'aide d'un médecin statisticien qui travaille au SIIM du CHU de Grenoble.

3.2.1. Traitement des données :

L'objectif était de répondre aux questions précédemment posées, et pour cela, les données ont été traitées avant d'être utilisées sur le plan statistique .

3.2.1.1. La validité de l'échantillon :

Afin de m'assurer que l'échantillon de femmes étudié soit valide, j'ai comparé un certain nombre des caractéristiques avec celles de l'enquête périnatale de 1998 [8] réalisée sur le plan national. L'ensemble des résultats figure sur le tableau 1. A chaque fois qu'il sera fait référence à des chiffres de 1998, il sera question de cette enquête, sinon, une précision sera apportée à ce sujet.

J'ai également utilisé les données de l'INSEE concernant le recensement de la population de 1990 sur la commune de Grenoble [17].

Tableau 1
Représentativité de l'échantillon:

Paramètres	p
Age 1998 / 2001	0.041
Nationalité 1998 / 2001	0.729
Répartition des étrangères 1998 / 2001	0.038
Situation familiale 1998 / 2001	0.106
Parité 1998 / 2001	0.427
Gestité 1998 / 2001	0.714
Grossesses gémellaires 1998 / 2001	0.837
Antécédent de MFIU 1998 / 2001	0.616
Antécédent de prématurité 1998 / 2001	0.136
Antécédent de césarienne 1998 / 2001	0.539
Profession de la femme 1998 / 2001	<0.001
Catégorie socioprofessionnelle de la femme 2 niveaux 1998 / 2001	<0.001
Profession de la femme 1990 / 2001	<0.001
Catégorie socioprofessionnelle de la femme 2 niveaux 1990 / 2001	0.001
Profession de la femme 1990 / 1998	<0.001
Catégorie socioprofessionnelle de la femme 2 niveaux 1990 / 1998	<0.001
Profession du conjoint 1998 / 2001	<0.001
Catégorie socioprofessionnelle du conjoint 2 niveaux 1998 / 2001	<0.001
Niveau d'études femmes 1998 / 2001	<0.001

3.2.1.2. La description de la population :

Un certain nombre de caractéristiques permettent de décrire la population étudiée : l'âge, le niveau d'études, la profession de la femme et de son conjoint, la parité, le lieu d'habitation, la nationalité et le lieu de naissance de la femme et de ses parents...

➤ Concernant l'origine culturelle des femmes, il m'a paru plus intéressant de traiter le facteur « lieu de naissance » plutôt que l'item « nationalité » ; en effet, un certain nombre de femmes ont la nationalité française mais ne sont pas nées en France et ont donc souvent reçu une éducation et une culture qui peut différer de celle des femmes nées en France. C'est cette influence culturelle qu'il m'a paru intéressant de mettre en évidence. De même, il est important de prendre en compte chez les femmes nées en France, l'existence d'une culture qui peut être différente si les parents sont nés à l'étranger.

➤ La profession des patientes et de leurs conjoints a été codée selon les normes utilisés par l'INSEE, permettant l'établissement d'un classement avec sept catégories :

- 1. Agriculteurs
- 2. Commerçants et artisans
- 3. Cadres, professions libérales
- 4. Professions intermédiaires
- 5. Employés
- 6. Ouvriers
- 8. Sans emploi

Le code 7 correspondant aux retraités était inutile pour notre échantillon.

Pour des raisons d'effectifs et de clarté de l'analyse, ces catégories socioprofessionnelles ont été regroupées de façon à rapprocher les catégories dont le niveau de salaire est le plus proche:

- Groupe 1 : commerçants, artisans, cadres, professions libérales, professions intermédiaires.
- Groupe 2 : agriculteurs, employés, ouvriers, sans emploi.

➤ Les niveaux d'études ont également été regroupés :

- Niveau 1 : niveaux supérieurs à BAC + 1
- Niveau 2 : niveaux jusqu'à BAC + 1 inclus

Cette répartition forcément arbitraire est réalisée de façon à faire ressortir des différences. Les niveaux BAC et BAC + 1 ne sont pas classés dans les niveaux supérieurs car il correspondent à l'absence d'études supérieures ou en tout cas à leur arrêt en cours de cursus (pour le niveau BAC + 1).

➤ J'ai également regroupé dans l'analyse des données, les maternités dont le fonctionnement était le plus proche (rôles respectifs des sages femmes et des gynécologues obstétriciens, mode de règlement des honoraires...), définissant ainsi 2 catégories :

- Maternités dites « publiques » : les CHU Nord et Sud, le CH de Voiron et la Clinique Mutualiste
- Maternités dites « privées » : les Cliniques des Cèdres et de Belledonne

➤ Pour la parité, les femmes classées nullipares sont celles qui n'avaient pas d'enfant avant cette grossesse, et les femmes classées multipares sont celles qui en avaient un ou plusieurs.

➤ De même pour la gestité : les nulligestes n'avaient jamais été enceintes avant cette grossesse et les multigestes l'avaient déjà été au moins une fois.

➤ Les zones urbaines et rurales sont celles définies par l'INSEE :

Toute commune appartenant à une « agglomération multicommunale » est dite « urbaine ». Pour les autres, elles sont « urbaines » lorsque le nombre d'habitants de la plus grande zone bâtie de la commune atteint au moins 2000. Ce sont les « villes isolées ». « Agglomérations multicommunales » et « villes isolées » sont des « unités urbaines ». Le classement des communes de notre échantillon en unités urbaines ou rurales correspond donc au classement réalisé par l'INSEE en 2000 [16].

3.2.1.3. Le professionnel de santé référent :

Pour un certain nombre de femmes, plusieurs personnes sont intervenues dans le suivi de la grossesse ; une question avait donc été prévue pour qu'elles déterminent parmi l'ensemble des intervenants, celui qui pour elles avait été le professionnel de santé qui les avaient suivies. Il était nécessaire de ne désigner qu'une seule personne pour pouvoir analyser de façon claire les données. Celui que je nommerai par la suite « professionnel référent » correspond ainsi à la réponse des femmes à cette question.

Par ailleurs, l'enquête recherchait les personnes qui étaient intervenues lors des éventuelles grossesses précédentes, et pour ces suivis, la question du professionnel référent n'a pas été posée afin de ne pas alourdir le questionnaire. J'ai donc défini avec des critères

arbitraires choisis au départ l'intervenant référent de ces mêmes femmes : il s'agit de celui que la femme a consulté le plus souvent au cours de la grossesse et, en cas d'égalité, celui qu'elle a vu en premier. Je le nommerai par la suite « intervenant référent »

Pour m'assurer de la justesse du choix de ces critères, j'ai appliqué les mêmes critères aux intervenants de la grossesse actuelle et j'ai effectué ensuite un test de concordance entre le professionnel référent et l'intervenant référent. La comparaison entre ces deux référents met en évidence quelques différences, mais le test de Kappa (voir paragraphe 3.2.2.2) montre qu'il existe une bonne corrélation entre les deux (Kappa : 0.82), permettant de lever le doute sur la validité des critères. Je pourrai donc utiliser l'intervenant référent des anciennes grossesses sans biaiser les résultats des tests statistiques.

Le choix du professionnel référent a ensuite été analysé en fonction de plusieurs critères, en particulier :

- les caractéristiques de la femme : lieu de naissance, lieu de naissance de ses parents (influence culturelle), âge, parité, lieu d'habitation ;
- la situation économique et sociale : profession de la femme et de son conjoint ;
- le professionnel référent : son sexe ;
- le lieu d'accouchement.

3.2.1.4. Les critères de choix du professionnel référent :

La question posée aux femmes était la suivante : « sur quels critères avez-vous choisi votre professionnel référent ? Choisissez 4 critères et classez-les par ordre d'importance. »

Compte tenu du nombre de réponses différentes données (plus de 20 critères différents ont été cités), il est apparu nécessaire d'effectuer des regroupements entre les réponses voisines.

Ainsi, j'ai regroupé :

- « Vous le jugez compétent » et « Votre grossesse est à risques ou compliquée » sous le terme « **Compétence** » ;
- « Vous vous sentez à l'aise avec lui », « Il répond bien à vos questions et vous explique les choses de façon claire », « Vous lui faites confiance » et « Il est très disponible » sous le terme « **Confiance – Disponibilité** » ;
- « Il vous suivait sur le plan gynécologique auparavant » et « Il vous connaît bien » sous le terme « **Suivi antérieur** » ;
- « C'est une femme » et « C'est un homme » sous le terme « **Sexe** » ;
- « C'est lui qui réalise les échographies », « C'est lui ou son équipe qui effectuera l'accouchement » et « Il peut s'occuper des autres problèmes en même temps » sous le terme « **Actes complémentaires** » ;
- « La localisation géographique de son cabinet vous convient », « Ses honoraires vous conviennent », « Le délai de RDV était le plus court », « Ses horaires vous conviennent », « Il parle anglais » et « Il travaille dans la clinique où vous vouliez accoucher » sous le terme « **Commodité** ».

Du fait de ces regroupements, certaines femmes ont pu citer plusieurs fois le même critère.

J'ai procédé de la même façon pour les critères de « non-choix » du médecin généraliste. Ainsi j'ai regroupé :

- « On vous a conseillé de voir un gynécologue », « Votre médecin généraliste vous a orienté vers un gynécologue obstétricien » et « Une sage femme vous a conseillé une autre sage femme » sous le terme « **Conseil** » ;

- « Ca ne vous est pas venu à l'idée », « Vous n'y avez pas pensé » sous le terme « **Réflexe** » ;
- « Il ne réalise pas les échographies », « Il ne fait pas d'accouchement », « Vous vouliez que se soit la même personne qui vous suive et pratique l'accouchement » sous le terme « **Pas d'actes complémentaires** » ;
- « C'est un homme », « C'est une femme », « Vous ne vouliez pas qu'il vous suive sur le plan gynécologique par pudeur » sous le terme « **Sexe** » ;
- « Votre médecin généraliste ne vous connaît pas depuis longtemps », « Vous n'avez pas de médecin généraliste », « Vous ne pensiez pas qu'un médecin généraliste pouvait suivre une grossesse », « Votre médecin généraliste ne suit pas de grossesse », « Votre médecin généraliste était indisponible (congé) » sous le terme « **Pas de suivi antérieur par un médecin généraliste** » ;
- « Vous êtes déjà suivie par un gynécologue » sous le terme « **Suivi antérieur par un gynécologue** » ;
- « Vous ne le pensez pas (ou moins) compétent », « Votre grossesse est « à risque » ou compliquée », « Ce n'est pas son rôle », « Ce n'est pas un spécialiste », « Vous ne lui faites pas confiance dans ce domaine », « Vous n'avez pas été satisfaite des premiers mois de suivi par un médecin généraliste », « Votre médecin généraliste ne répond pas bien aux questions concernant la gynécologie » sous le terme « **Pas compétent** » ;
- « Ses horaires ne me conviennent pas », « Vous préférez un seul intervenant », « Vous êtes médecin généraliste » sous le terme « **Commodité** » ;

Ici aussi, du fait des regroupements, il est possible que certaines femmes aient cité plusieurs fois le même critère.

3.2.1.5. Les examens biologiques :

Les données concernant les sérologies et les analyses d'urines ne sont pas exploitables compte tenu des disparités entre les maternités et les femmes. En effet, selon les maternités, le dossier médical auquel j'avais accès ne comportait pas toujours les mêmes données. De plus pour les femmes suivies pour une grande partie en cabinet libéral, les informations concernant la réalisation de ces examens avant le suivi à la maternité étaient rarement notées. Dans ce contexte, je n'utiliserai pas ces données dans l'analyse du questionnaire.

3.2.1.6. La définition des grossesses à risques :

J'ai défini parmi les femmes interrogées celles dont la grossesse était à bas risques [27] comme étant :

- Pour les primipares : une femme d'âge supérieur à 18 ans et inférieur à 35 ans, non toxicomane intra-veineuse, sans antécédent médical nécessitant une surveillance particulière (hypertension artérielle, diabète, sérologie du sida positive).
- Pour les multipares : idem et sans antécédent obstétrical (diabète gestationnel, prématurité, mort fœtale, mort néonatale).

Par définition, les femmes dites « à risques » sont celles qui ne répondent pas à ces critères.

3.2.1.7. La qualité de l'information reçue pendant la grossesse :

La question de la qualité de cette information a été posée à propos de différentes notions concernant la grossesse (déroulement, suivi, précautions à prendre, anesthésie, accouchement, allaitement et retour à domicile). Pour obtenir une note globale, j'ai effectué une moyenne des notes obtenues pour chaque notion, en excluant les notions pour lesquelles les femmes ne désiraient pas d'information. Pour faire cette moyenne, j'ai attribué une note

sur 4 en fonction des réponses données à chaque notion, à savoir, 1 pour l'absence d'information, 2 pour une information assez mauvaise, 3 pour une information assez bonne et 4 pour une très bonne information. L'information est jugée bonne pour une moyenne supérieure ou égale à 2 et mauvaise pour une moyenne inférieure à 2.

3.2.2. Tests statistiques utilisés :

3.2.2.1. Test du Chi2 :

Il a été calculé à l'aide du logiciel Epi Info.

La valeur retenue pour parler de différence significative est $p=0.05$. Cependant, pour ne pas perdre certaines variables qui auraient pu être discriminantes si l'échantillon avait été plus important, on parlera de tendances si : $0.05 < p \leq 0.100$

3.2.2.2. Test de concordance : Kappa

$$\text{Kappa} = (P_o - P_c) / (1 - P_c)$$

Avec : P_o : proportion observée : Somme des diagonales / Effectif total

P_c : proportion calculée : $(1 / (\text{effectif total})^2) (A1 \times A2 + B1 \times B2 + C1 \times C2)$

			A2
			B2
			C2
A1	B1	C1	Effectif total

Le résultat de ce test permet de dire s'il existe une bonne concordance entre 2 données :

- si le Kappa est entre 0.61 et 0.8 inclus, la concordance est bonne ;
- si le Kappa est supérieur ou égal à 0.81, la concordance est très bonne.

3.2.2.3. Intervalle de confiance :

Pour un certain nombre de résultats, un intervalle de confiance est calculé. Ainsi, si l'on refaisait l'enquête sur un autre échantillon issu de la même population, il y aurait 95% de chances que la population observée sur cet autre échantillon soit comprise dans cet intervalle.

Cet intervalle est calculé comme suit :

$$p \pm 1.96 \times \sqrt{(p(1-p)/n)}$$

avec p : pourcentage dont on veut connaître l'intervalle

et n : effectif total

Par convention, il sera noté ensuite sous la forme : IC₉₅, et les valeurs seront notées entre crochets (par exemple : IC₉₅ [12 ;15]).

4. Résultats :

4.1. Description de la population étudiée :

200 femmes ont été interrogées, réparties dans les 6 maternités étudiées au prorata du nombre d'accouchements en 2000. L'échantillon ainsi obtenu a les caractéristiques suivantes :

➤ 4.1.1. La femme :

- Age moyen : 30.6 ans, avec un minimum de 19 ans et un maximum de 43 ans. Il n'y a pas de différence de répartition entre les maternités.
- Lieu de naissance de la femme : 87% en France (IC₉₅ [82.2 ;91.6]) et 13% à l'étranger (IC₉₅ [8.4 ;17.8]). Cette proportion ne varie pas de façon significative entre les différentes maternités.
- Niveau d'études de la femme : 30.3% ont un niveau inférieur au BAC et 55.6% ont un niveau supérieur ou égal à BAC + 2 (Cf. Tableau 2). Il n'y a pas de différence significative entre les maternités publiques ou privées. Bien entendu, on retrouve une liaison entre ce niveau d'études et l'âge de la patiente ($p=0.02$) : plus les femmes sont âgées, plus elles ont un niveau élevé. De même, il y a un rapport logique entre le niveau d'études et la profession ($p<0.001$) : les femmes de niveau inférieur ou égal à BAC + 1 sont en majorité employées, ouvrières ou sans emploi, alors que celles qui ont un niveau supérieur ou égal à BAC + 2 sont le plus souvent cadres ou de profession intermédiaire.
- Profession de la femme : 30.7% ont des professions intermédiaires, 32.2% sont employées et 18.6% des femmes interrogées sont sans emploi (Cf. Tableau 3). Il n'y a pas de différence de répartition entre les maternités publiques et privées.

Tableau 2
Le niveau d'études des femmes:

Niveau d'études	n	%
Scolarisée jusqu'en primaire	1	0.5
Scolarisée jusqu'en 3ème générale	11	5.6
Scolarisée jusqu'en 3ème technique ou professionnelle ou CAP	40	20.2
Scolarisée jusqu'en terminale générale	7	3.5
Scolarisée jusqu'en terminale technique	1	0.5
BAC ou BAC + 1	28	14.1
BAC + 2 à + 4	79	39.9
BAC + 5 et plus	31	15.7
Total	198	100

Niveau d'études	n	%
Inférieur à BAC + 2	88	44.4
BAC + 2 ou plus	110	55.6
Total	198	100

Tableau 3
La catégorie socioprofessionnelle des femmes:

Profession de la femme	n	%
Agricultrice	1	0.5
Artisanes, commerçantes	2	1.0
Cadres	19	9.5
Professions intermédiaires	61	30.7
Employées	64	32.2
Ouvrières	15	7.5
Sans emploi	37	18.6
Total	199	100

Profession de la femme	n	%
Artisanes, commerçantes, cadres, professions intermédiaires	82	41.2
Agricultrices, employées, ouvrières, sans emploi	117	58.8
Total	199	100

➤ **4.1.2. Les antécédents gynécologiques :**

- Gestité : 30% des femmes interrogées sont nulligestes et 70% multigestes, sans différence entre les maternités.
- Parité : 42.5% de nullipares (IC₉₅ [41.6 ;43.4]) et 57.5% de multipares (IC₉₅ [56.5 ;58.6]). Logiquement, il existe un lien avec l'âge ($p < 0.001$) : plus les femmes sont âgées, plus leur parité est élevée (70% des femmes de moins de 25 ans sont nullipares contre 9.1% des femmes de plus de 40 ans).
- Grossesses gémeillaires : elles représentent 2% des grossesses.
- Antécédents de césariennes : 10.5% des femmes ont déjà eu une césarienne.
- Antécédents de mort fœtale in utero : 1.5% des femmes.
- Antécédents de prématurité : 1.5% des femmes interrogées.

➤ **4.1.3. Le conjoint :**

- Situation familiale : 67% des femmes interrogées sont mariées, 29% vivent en union libre, et 4% sont célibataires.
- Profession du conjoint : 30% sont ouvriers, 22.6% cadres, 21.6% ont une profession intermédiaire et 2.1% sont sans emploi.

➤ **4.1.4. Le suivi antérieur :**

Ces femmes ont été interrogées sur l'existence ou non avant cette grossesse d'un suivi par un médecin généraliste ou un gynécologue. Les réponses sont les suivantes (cf. tableau 4) :

- 82% des femmes de cet échantillon avaient un médecin généraliste (soit 164 femmes) avant cette grossesse (IC₉₅ [76.7 ;87.3]). Ce médecin était un homme dans 68.9% des cas (IC₉₅ [62.5 ; 75.3]), et la durée du suivi antérieur était le plus souvent de 1 à 5 ans (42.7% des femmes).

Seulement 21.5% des femmes n'avaient qu'un médecin généraliste et pas de gynécologue (soit 43 femmes).

De plus, on constate, sans que la différence soit significative ($p=0.051$), que le sexe du médecin généraliste traitant semble varier en fonction de la durée de suivi (cf. tableau 5) :

- parmi les femmes suivies par un médecin généraliste homme, 32.7% sont suivies depuis plus de 10 ans et 36.3% depuis 1 à 5 ans,
 - parmi celles qui sont suivies par un médecin généraliste femme, 17.6% seulement sont suivies depuis plus de 10 ans et 56.9% depuis 1 à 5 ans.
- 38% des femmes avaient un gynécologue médical (IC₉₅ [31.3 ;44.7]), soit 76 femmes. Le suivi date en majorité de 1 à 5 ans (46.1%) et se sont des gynécologues médicaux femmes dans 84.2% des cas.
 - 39% avaient un gynécologue obstétricien (IC₉₅ [32.2 ;45.8]), soit 78 femmes, le plus souvent homme (75.6% des cas), exerçant pour 47.4% en cabinet libéral de

ville, 17.9% en milieu hospitalier et 34.6% en clinique, et depuis 1 à 5 ans dans la plupart des cas (55.1%).

- 27% n'avaient pas de gynécologue.
- 4% avaient à la fois un gynécologue médical et un gynécologue obstétricien.
- 12.5% des femmes avaient un gynécologue médical et / ou un gynécologue obstétricien et pas de médecin généraliste.
- 5.5% de ces femmes n'avaient aucun médecin antérieurement à cette grossesse (IC₉₅ [2.3 ; 8.7]).
- 60.5% avaient un médecin généraliste et un gynécologue (gynécologue médical et / ou gynécologue obstétricien).

Tableau 4 Le type de suivi antérieur:	Suivi par un médecin généraliste		Pas de suivi par un médecin généraliste		Total	
	n	%	n	%	n	%
	Pas de suivi par un gynécologue	43	21.5%	11	5.5%	54
Suivi antérieur par un gynécologue médical	55	27.5%	13	6.5%	68	34.0%
Suivi antérieur par un gynécologue obstétricien	61	30.5%	9	4.5%	70	35.0%
Suivi antérieur par un gynécologue médical et un gynécologue obstétricien	5	2.5%	3	1.5%	8	4.0%
Total	164	82.0%	36	18.0%	200	100%

Tableau 5
Relation durée de suivi et sexe du médecin généraliste traitant

Sexe du médecin généraliste	Durée du suivi								
	Moins de 1 an		1 à 5 ans		6 à 10 ans		Plus de 10 ans		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Homme	8	7.1%	41	36.3%	27	23.9%	37	32.7%	113
Femme	5	9.8%	29	56.9%	8	15.7%	9	17.6%	51
Total	13	7.9%	70	42.7%	35	21.3%	46	28.0%	164

Cette répartition n'est pas modifiée par l'âge des femmes.

Par contre, elle varie en fonction :

- Du niveau d'études de la femme : les femmes de niveau inférieur à BAC + 2 (110 femmes) ont plus souvent un médecin généraliste (89.8%) que les autres (76.4%) ($p=0.01$) ; mais elles ont moins souvent un gynécologue médical ($p=0.02$, 28.4% contre 44.5%). Concernant le suivi antérieur par un gynécologue obstétricien, la différence n'est pas significative avec cet échantillon.
- De la catégorie socioprofessionnelle de la femme pour le suivi par un médecin généraliste ($p<0.001$) : 90.6% des femmes du groupe 2 (composé de 117 femmes) ont un médecin généraliste contre 69.5% pour celles du groupe 1. Pour le gynécologue médical et le gynécologue obstétricien, la différence n'est pas significative.
- De la parité en ce qui concerne le suivi antérieur par un gynécologue obstétricien ($p=0.001$) : les multipares ont plus souvent un gynécologue obstétricien (48.7%) que les nullipares (25.9%)
- De la mobilité géographique des femmes : les femmes qui ne sont pas nées dans le département de l'Isère ont moins souvent un médecin généraliste traitant (76.5% contre 87.8%, avec $p=0.04$), et celles qui avaient accouché dans un autre département pour leur dernière grossesse ont moins fréquemment un suivi antérieur par un gynécologue obstétricien (12.5% contre 53.7%, $p<0.001$).

On constate de plus que la durée du suivi antérieur par un gynécologue est souvent supérieure ou au moins égale à celle du suivi par un médecin généraliste :

- seulement 21.7% des femmes sont suivies par leur médecin généraliste depuis plus longtemps que par leur gynécologue médical,
- et 31.8% sont suivies par leur médecin généraliste depuis plus longtemps que par leur gynécologue obstétricien.

4.2. Par qui sont suivies les femmes enceintes ? Le médecin référent selon

les femmes :

➤ **4.2.1. Dans cet échantillon, les femmes enceintes ont été suivies par :**

- Un gynécologue obstétricien dans 60.3% des cas (IC₉₅ [53.2 ;66.8])
- Un gynécologue médical dans 27.6% des cas (IC₉₅ [21.3 ;33.7])
- Une sage femme dans 7.5% des cas (IC₉₅ [3.9 ;11.2])
- Un médecin généraliste dans 4.5% des cas (IC₉₅ [1.6 ;7.3])

(cf. graphique 1)

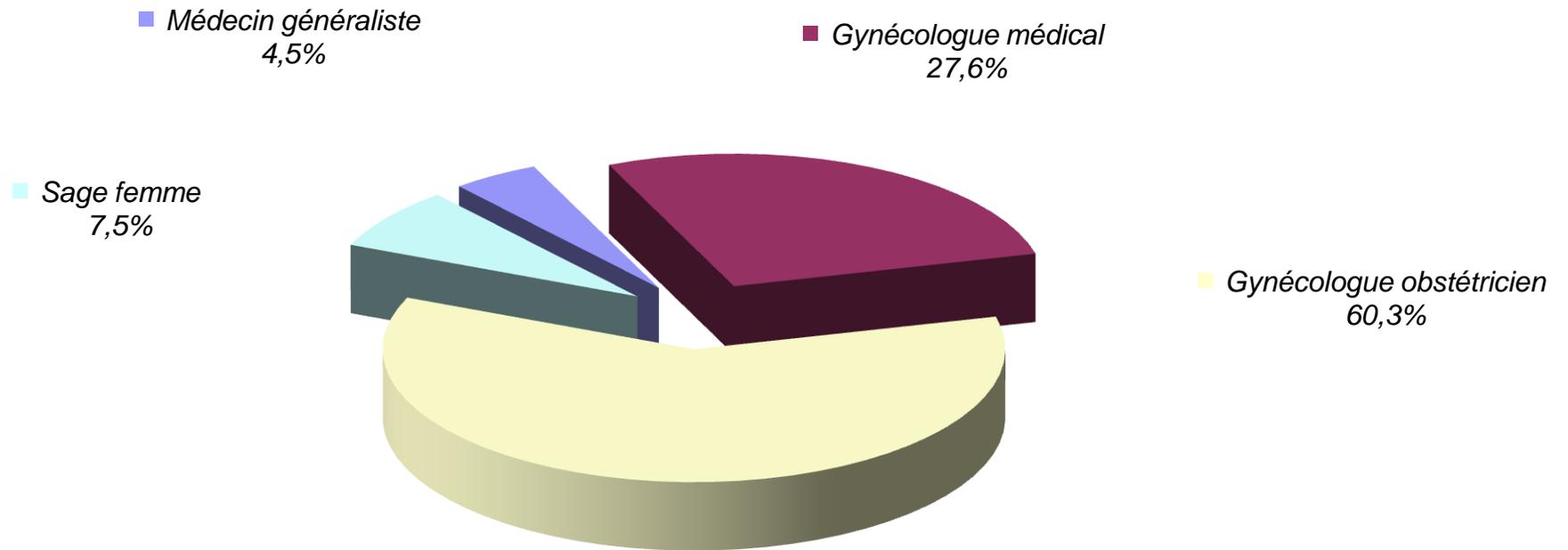
Les médecins généralistes ont fait 160 consultations sur les 1 587 nécessaires au suivi des 200 femmes interrogées, soit 10.1% des consultations. Les gynécologues médicaux en ont fait 23.3%, les gynécologues obstétriciens 59.8% et les sages femmes 6.8%.

Il y a autant d'hommes (49.7%) que de femmes (50.3%) mais la répartition varie en fonction du type de professionnel référent :

- médecins généralistes : 55.6% d'hommes, 44.4% de femmes
- gynécologues médicaux : 80% de femmes
- gynécologues obstétriciens : 69.2% d'hommes
- sages femmes : 100% de femmes

Le sexe du professionnel référent n'est pas significativement différent du sexe des médecins suivant les patientes avant leur grossesse.

Graphique 1
Le professionnel référent selon les femmes (n=199)



➤ **4.2.2. Ce choix du professionnel référent varie en fonction de nombreux paramètres** (l'ensemble des résultats est résumé dans le tableau 6) :

- La maternité (différence significative avec $p < 0.001$) :
 - dans les maternités publiques (115 femmes), les femmes sont plus suivies par les médecins généralistes (6.1%) et les sages femmes (13%), et moins par les gynécologues obstétriciens (47.8%) ;
 - dans les cliniques privées (84 femmes), la plupart des femmes sont suivies par les gynécologues obstétriciens (76.2%) et très peu par les médecins généralistes (2.4%).

- La catégorie socioprofessionnelle de la femme ($p=0.02$) :

Les femmes du groupe 1 (artisanes, commerçantes, cadres, professions intermédiaires) sont plus suivies par les gynécologues médicaux (37.8%), et les femmes du groupe 2 (agricultrices, employées, ouvrières, sans emploi) font plus appel aux gynécologues obstétriciens (65.5%) et aux sages femmes (10.3%). Cette différence n'est pas liée au choix de la maternité puisqu'il n'existe pas de lien entre la profession et la maternité. La catégorie socioprofessionnelle déterminant par contre le choix du professionnel référent, cela influence indirectement le choix de la maternité (lien professionnel référent / maternité).

En revanche, la profession du conjoint n'est pas discriminante.

Tableau 6
Le choix du professionnel référent varie en fonction de...:

Professionnel référent	p
Sexe du professionnel référent	0.320
Suivi antérieur	
Existence d'un suivi antérieur par un médecin généraliste	0.221
Sexe du médecin généraliste habituel	0.660
Durée du suivi antérieur par le médecin généraliste	0.950
Existence d'un suivi antérieur par un gynécologue médical	<0.001
Existence d'un suivi antérieur par gynécologue médical chez les nullipares	<0.001
Existence d'un suivi antérieur par gynécologue médical chez les multipares	<0.001
Existence d'un suivi antérieur par un gynécologue obstétricien	<0.001
Existence d'un suivi antérieur par gynécologue obstétricien chez les nullipares	<0.001
Existence d'un suivi antérieur par gynécologue obstétricien chez les multipares	<0.001
Caractéristiques de la femme	
Maternité	<0.001
Age des patientes	0.160
Lieu de naissance de la patiente	0.250
Lieu de naissance des parents de la patiente	0.076
Catégorie socioprofessionnelle de la femme	0.022
Catégorie socioprofessionnelle du conjoint	0.230
Niveau d'études de la femme	0.045
Niveau d'études du conjoint	0.110
Lieu d'habitation	0.630
Antécédent gynécologiques	
Parité	0.430
Gestité	0.359
Antécédent d'IVG	0.870
Antécédents d'IVG chez les nullipares	0.472
Antécédent de césarienne	0.310
Antécédent de manœuvre externe	0.270
Grossesse à risque	0.530
Suivi à domicile pendant la grossesse	0.310
Hospitalisation pendant la grossesse	0.710

- Le niveau d'études de la femme :

Dans mon échantillon, il existe une différence statistiquement significative ($p=0.05$) dans le choix du professionnel référent en fonction du niveau d'études : les femmes de niveaux supérieurs à BAC + 1 sont surtout suivies par les gynécologues médicaux (33.6%), alors que pour les niveaux inférieurs les femmes choisissent plutôt les gynécologues obstétriciens ou les sages femmes. Cette différence n'est pas liée au lieu d'accouchement.

Par ailleurs, comme pour la profession, le niveau du conjoint n'est pas discriminant.

- L'existence d'un suivi antérieur par un gynécologue médical ($p<0.001$) :

Parmi les 76 femmes ayant déjà un gynécologue médical, 61.8% se font suivre par celui-ci contre 6.5% de celles qui n'en n'avaient pas. Cette différence n'est pas liée à la parité : elle persiste que les femmes soient nullipares ou multipares.

- L'existence d'un suivi antérieur par un gynécologue obstétricien ($p<0.001$) :

Ici aussi parmi les 78 femmes qui avaient déjà un gynécologue obstétricien, 88.5% ont conservé le même professionnel de santé pour la surveillance de leur grossesse contre 42.1% des femmes qui n'avaient pas de gynécologue obstétricien auparavant. Là encore, cette différence n'est pas liée à la parité : elle persiste que les femmes soient nullipares ou multipares. De même, l'existence d'antécédents d'IVG chez les nullipares n'a pas d'influence sur ce choix.

- Le lieu de naissance des parents de la patiente : dans mon échantillon, il semble ($p=0.08$) que les femmes dont les deux parents sont nés en France sont plus suivies

par les gynécologues médicaux (33.3% contre 20%) et moins suivies par les médecins généralistes et les sages femmes (respectivement 3.4% et 4.3% contre 10% et 10%) que celles dont l'un des parents est né à l'étranger.

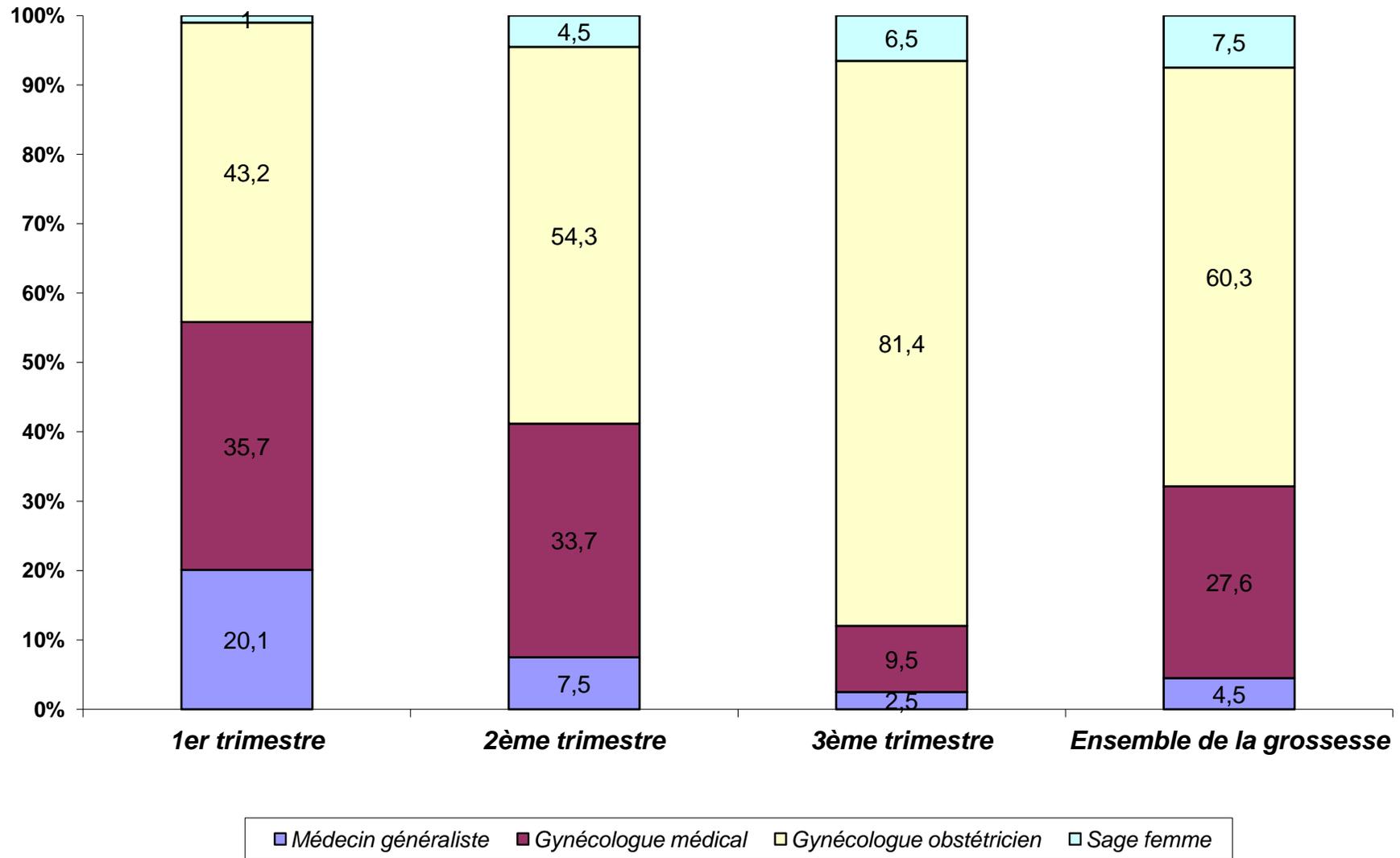
- En revanche, on ne note pas de différence significative en fonction de la parité et de la gestité, de l'existence de facteurs de risques pour cette grossesse, de l'existence d'un suivi à domicile ou d'une hospitalisation pendant cette grossesse, ni en fonction des antécédents d'IVG ou de césarienne, de l'âge des patientes, de leur lieu de naissance et de leur lieu d'habitation, de l'existence d'un suivi antérieur par un médecin généraliste et de la durée de ce suivi.

➤ **4.2.3. Le professionnel référent pendant la grossesse.**

On s'aperçoit qu'il change au cours de celle-ci : en effet, si l'on prend comme critères le nombre de consultations et la chronologie des intervenants référents, on peut définir un intervenant référent pour chaque trimestre de cette grossesse. Compte tenu du test de concordance effectué entre l'intervenant référent (avec mes critères) et le professionnel référent (désigné par les femmes), on peut estimer que l'intervenant par trimestre défini avec mes critères est valide.

On constate alors que celui-ci varie d'un trimestre à l'autre : cf. graphique 2.

Graphique 2
Evolution du professionnel référent au cours de la grossesse

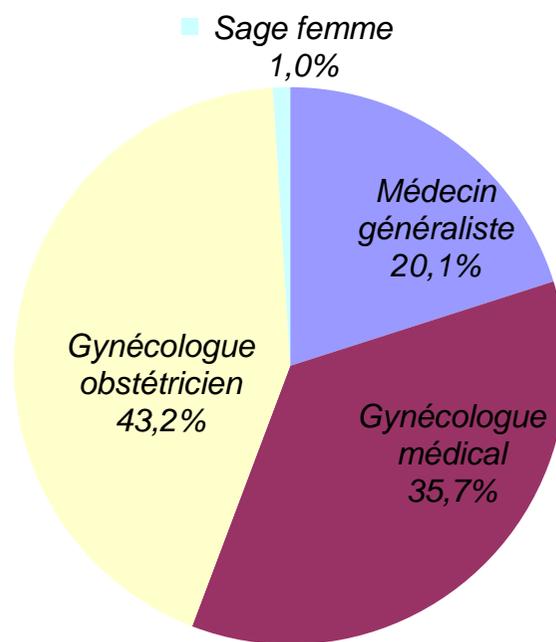


Au 1^{er} trimestre, l'intervenant référent est (cf. graphique 3) :

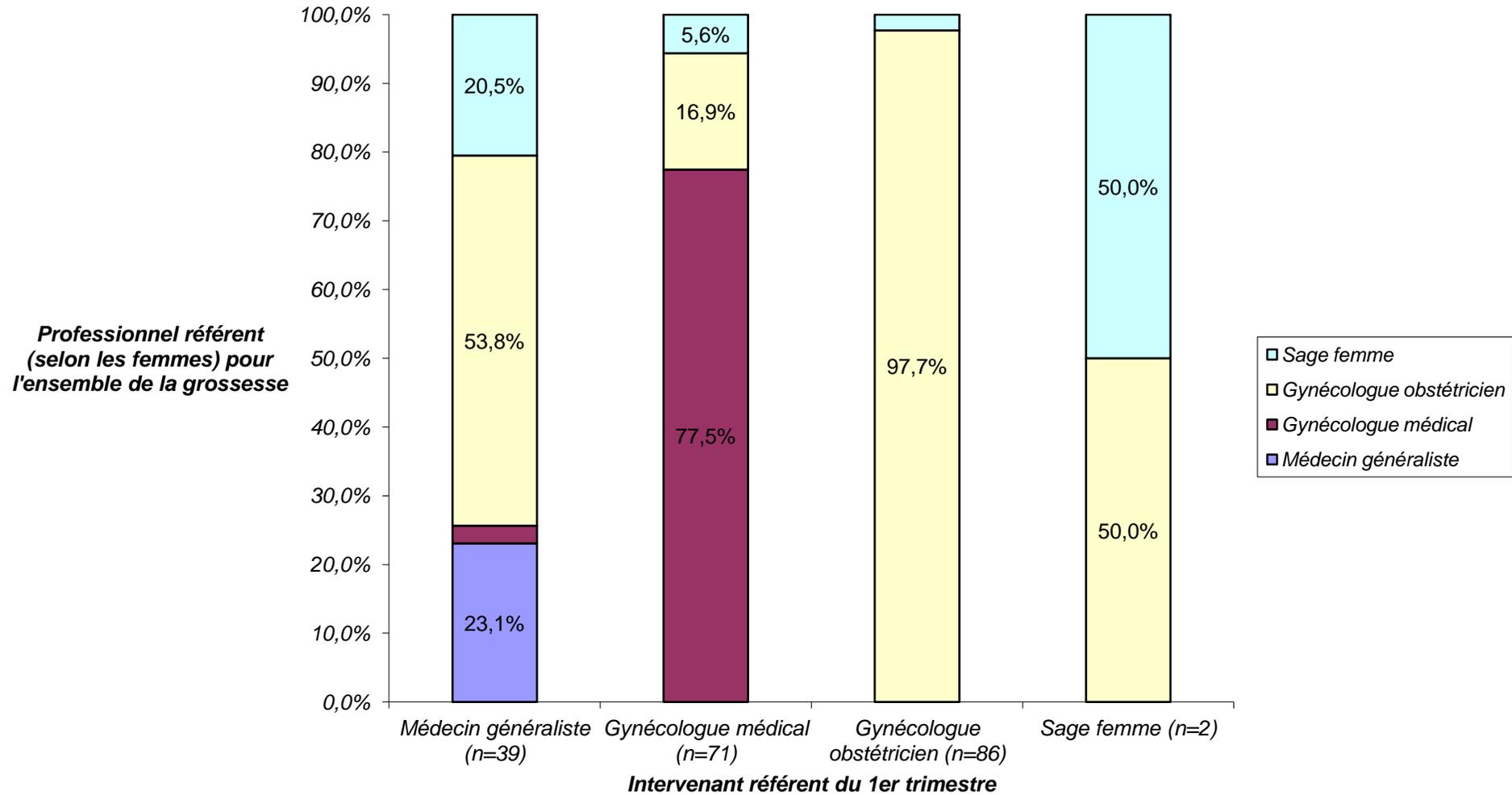
- un médecin généraliste dans 20.1% des cas (IC₉₅ [14.5 ;25.7]),
- un gynécologue médical dans 35.7% des cas (IC₉₅ [29 ;42.3]),
- un gynécologue obstétricien dans 43.2% des cas (IC₉₅ [36.3 ;50.1]).

La concordance entre l'intervenant référent du 1^{er} trimestre et le professionnel référent est médiocre (test de Kappa : 0.61) : seulement 23.1% des femmes suivies par leur médecin généraliste au 1^{er} trimestre le désignent comme professionnel référent et 50% des femmes suivies par une sage-femme considèrent que c'est elle qui les a suivies. Les femmes suivies par un généraliste au 1^{er} trimestre nomment plus souvent l'obstétricien comme référent (53.8% des cas) ou la sage-femme (20.5% des cas). Cf. graphique 4.

Graphique 3
Répartition de l'intervenant référent du 1er trimestre (n=199)



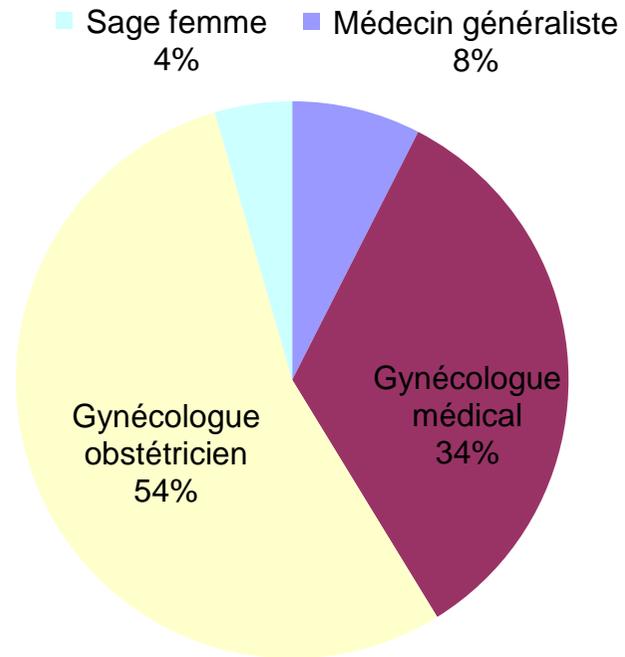
Graphique 4
Répartition du professionnel référent en fonction de l'intervenant du 1er trimestre



- Au 2^{ème} trimestre (cf. graphique 5):
 - le médecin généraliste ne suit plus que 7.5% des grossesses (IC₉₅ [3.9 ;11.2]),
 - le gynécologue médical 33.7% (IC₉₅ [27.1 ;40.2]),
 - le gynécologue obstétricien concentre 54.3% des femmes enceintes (IC₉₅ [47.3 ;61.2]).

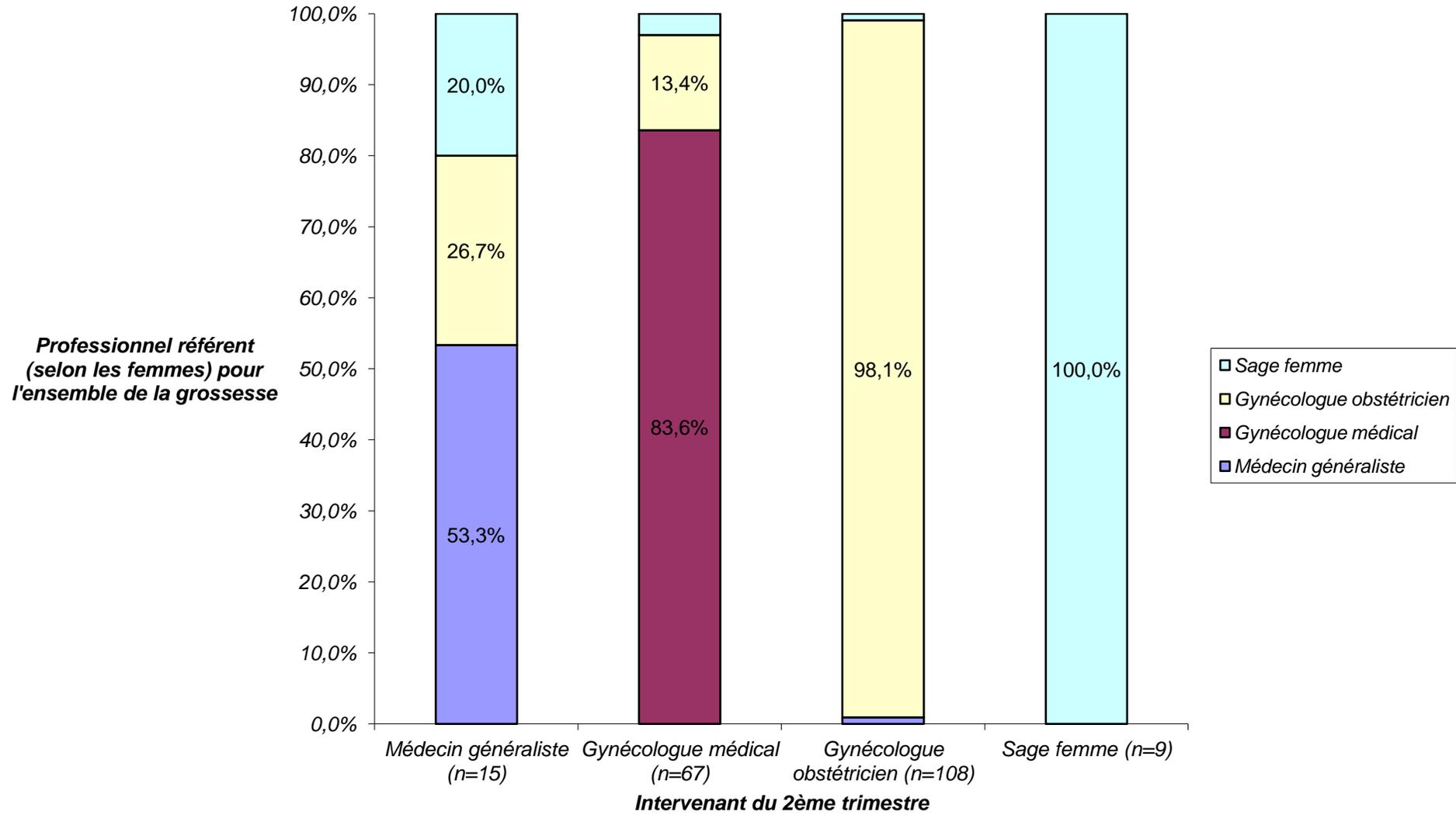
A ce stade, la concordance est meilleure (test de Kappa : 0.825) : 53.3% des femmes suivies par leur médecin généraliste au 2^{ème} trimestre le désignent comme leur professionnel référent. Là encore les femmes qui choisissent un référent différent de l'intervenant du 2^{ème} trimestre se dirigent plutôt vers l'obstétricien (26.7% pour celles suivies par un généraliste, 13.4% pour celles suivies par un gynécologue médical). Cf. graphique 6.

Graphique 5
Intervenant référent du 2ème trimestre (n=199)



Graphique 6

Répartition du professionnel référent selon l'intervenant du 2ème trimestre

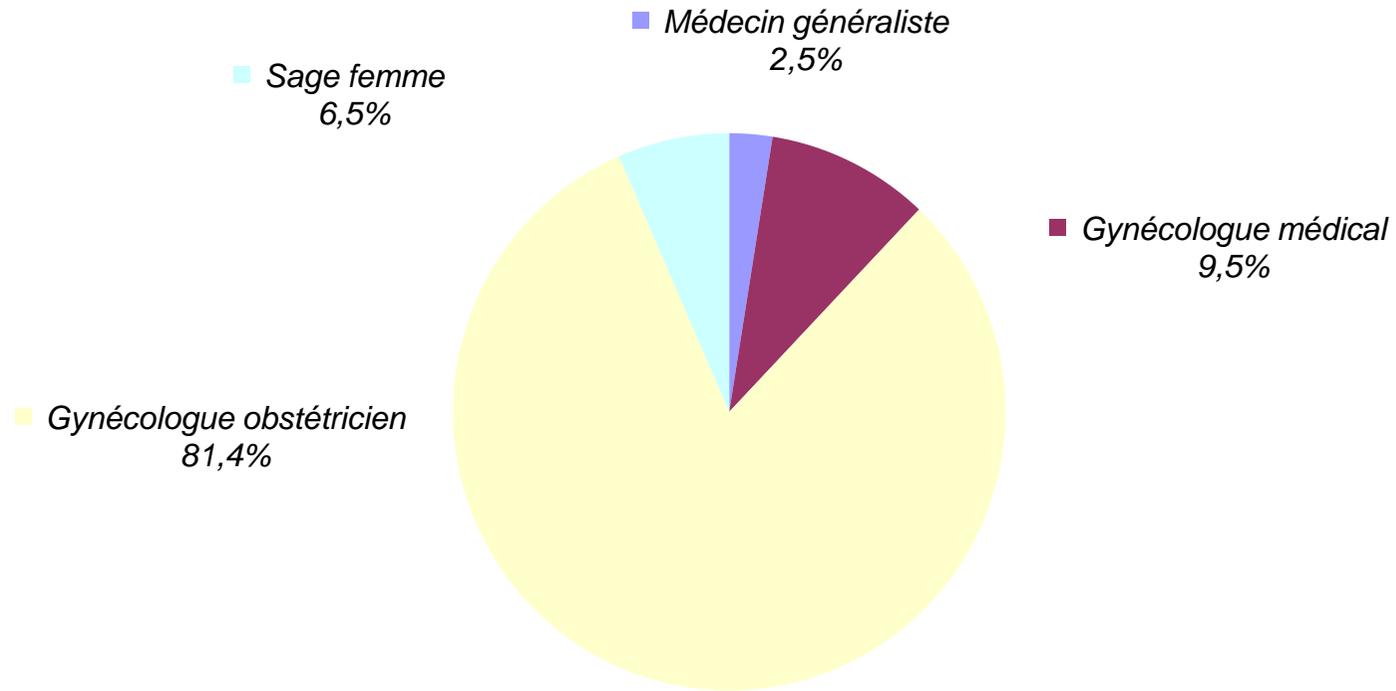


- Au 3^{ème} trimestre, (cf. graphique 7) c'est bien entendu le gynécologue obstétricien qui suit la grande majorité des femmes (81.4%, IC₉₅ [76 ;86.8]).

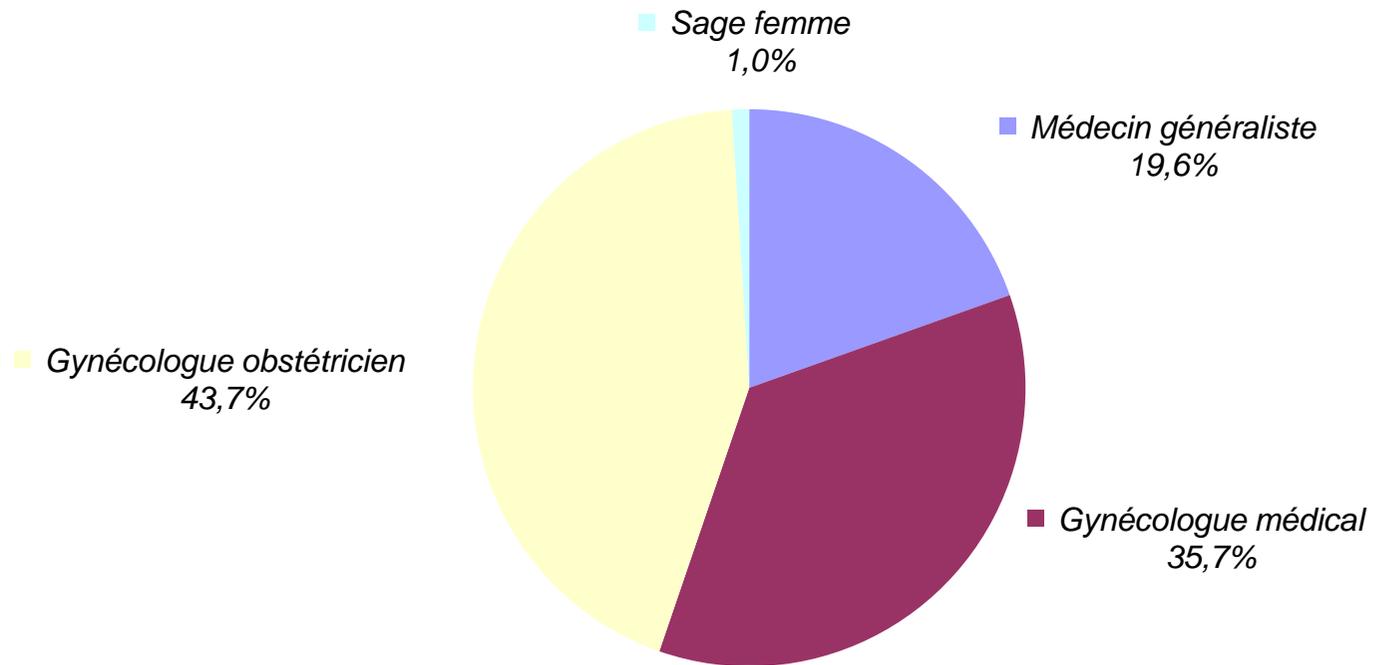
- La déclaration de grossesse (cf. graphique 8) :
 - Elle est faite par :
 - le médecin généraliste dans 19.5% des cas,
 - le gynécologue médical dans 35.5% des cas,
 - le gynécologue obstétricien dans 43.5% des cas ,

Ce médecin ne diffère pas significativement de l'intervenant référent du 1^{er} trimestre, en revanche, il existe une différence significative avec le professionnel référent ($p < 0.001$). Le médecin qui intervient au 1^{er} trimestre et qui fait la déclaration de grossesse n'est donc pas nécessairement aux yeux des femmes celui qui suit leur grossesse.

Graphique 7
Intervenant référent du 3ème trimestre (n=199)



Graphique 8
Médecin réalisant la déclaration de grossesse (n=200)



➤ **4.2.4. L'intervenant référent du 1^{er} trimestre :**

Il est variable selon des facteurs quasi-identiques à celui du professionnel référent (cf. tableau 7), à savoir :

- L'existence d'un suivi antérieur par un gynécologue médical ou un gynécologue obstétricien ($p < 0.001$).
- Le lieu d'accouchement : médecins généralistes et gynécologues médicaux dans le public, gynécologues obstétriciens dans le privé ($p < 0.001$).
- La catégorie socioprofessionnelle ($p = 0.03$) et le niveau d'études ($p = 0.04$) de la femme : groupes 2 et médecins généralistes, groupes 1 et gynécologues médicaux.
- Il n'y a pas de différence mise en évidence dans cet échantillon concernant le suivi antérieur par un médecin généraliste, le sexe du médecin généraliste traitant, l'âge de la femme, la parité et son lieu d'habitation.

➤ **4.2.5. L'intervenant référent du 2^{ème} trimestre :**

Les facteurs de variations sont les mêmes (cf. tableau 7) :

- Suivi antérieur par les gynécologues
- Maternité
- Le niveau d'études ($p = 0.16$) n'est pas significativement différent et pour la catégorie socioprofessionnelle de la femme il y a une tendance qui va dans le même sens que pour l'intervenant référent du 1^{er} trimestre ($p = 0.1$).

➤ **4.2.6. L'intervenant du 3^{ème} trimestre :**

C'est bien entendu en majorité le gynécologue obstétricien (81.3% des femmes).

Tableau 7
Le choix des intervenants référents est fonction de...:

Pour l'intervenant référent du 1er trimestre	
Paramètres	p
Existence d'un suivi antérieur par un médecin généraliste	0.352
Sexe du médecin généraliste habituel	0.890
Existence d'un suivi antérieur par un gynécologue médical	<0.001
Existence d'un suivi antérieur par un gynécologue obstétricien	<0.001
Lieu d'accouchement	<0.001
Catégorie socioprofessionnelle de la femme	0.032
Niveau d'études de la femme	0.038
Age des femmes	0.235
Parité	0.860
Lieu d'habitation	0.470

Pour l'intervenant référent du 2ème trimestre	
Paramètres	p
Existence d'un suivi antérieur par un médecin généraliste	0.117
Existence d'un suivi antérieur par un gynécologue médical	<0.001
Existence d'un suivi antérieur par un gynécologue obstétricien	<0.001
Lieu d'accouchement	0.001
Catégorie socioprofessionnelle de la femme	0.098
Niveau d'études de la femme	0.156
Lieu d'habitation	0.997

➤ **4.2.7. L'intervenant référent d'une grossesse à une autre :**

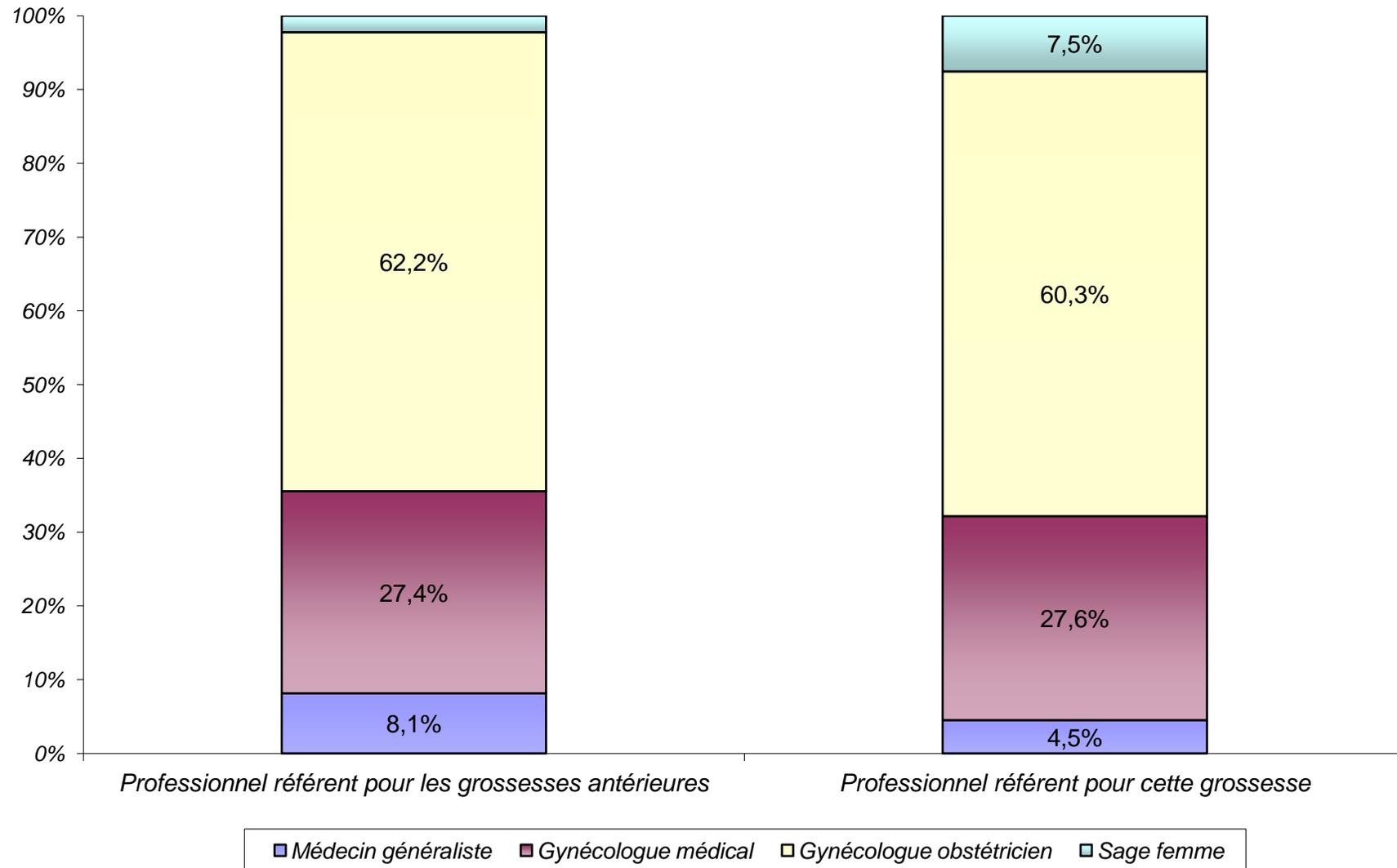
On peut déjà noter que la répartition des intervenants référents est différente pour les grossesses antérieures (cf. graphique 9) : parmi les 115 femmes ayant déjà des enfants on recense 134 grossesses menées à terme (c'est à dire exception faite des interruptions volontaires de grossesses et des fausses couches spontanées), dont le suivi a été réalisé par :

- un généraliste dans 8.1% des cas,
- un gynécologue médical dans 27.4% des cas,
- un obstétricien pour 62.2% de ses grossesses ,
- une sage-femme dans 2.2% des cas.

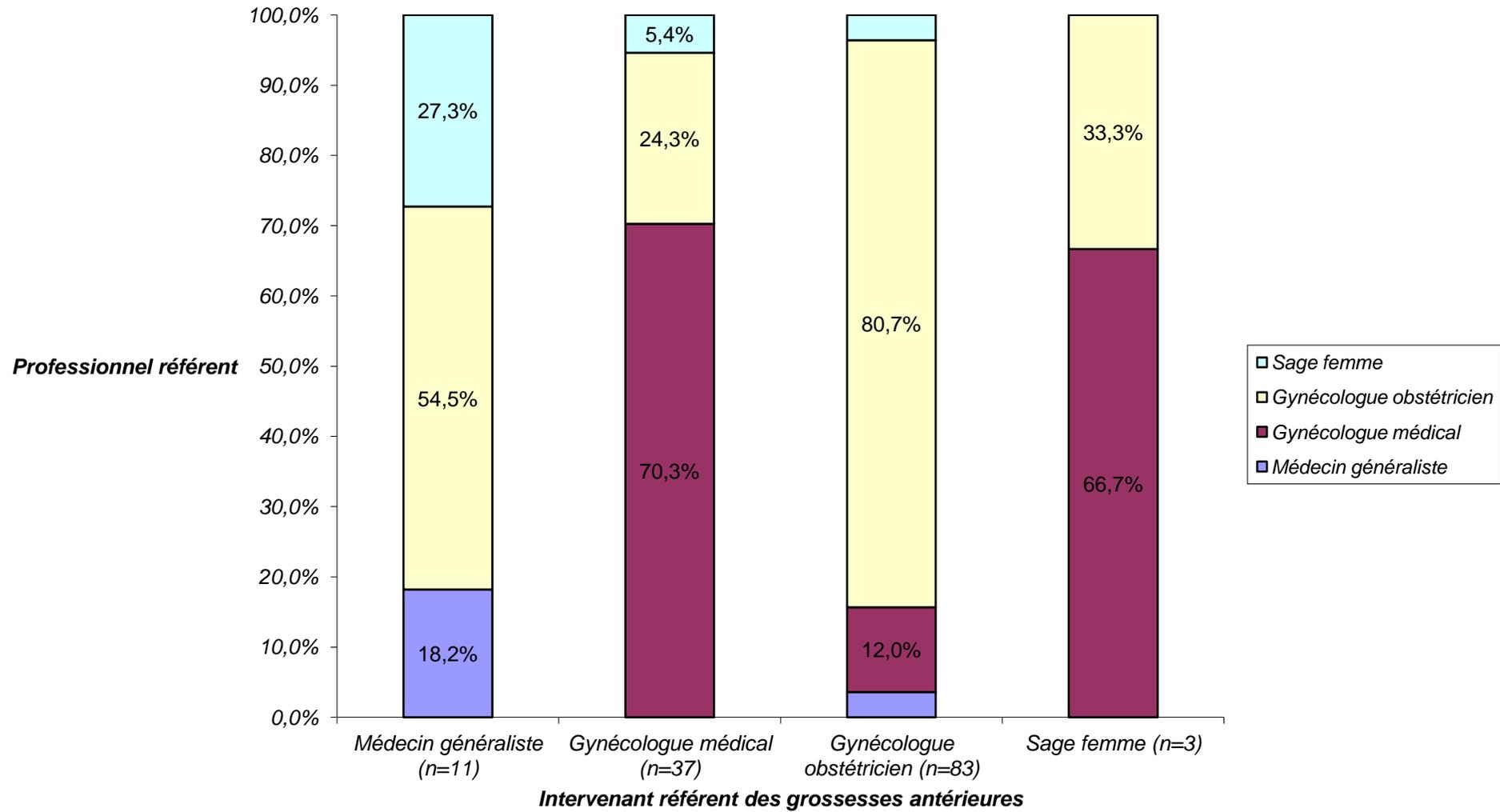
La concordance entre les intervenants référents des grossesses antérieures et le professionnel référent pour cette grossesse est mauvaise (test de Kappa : 0.45). En effet, si l'on compare les intervenants référents des grossesses antérieures avec le professionnel référent pour cette grossesse (cf. graphique 10), on constate que parmi les 11 grossesses suivies antérieurement par un médecin généraliste seulement 18.2% le sont à nouveau cette fois ci, contre 70.3% des 37 grossesses suivies par un gynécologue médical, 80.7% des 83 grossesses suivies par un gynécologue obstétricien et 33.3% des 3 grossesses suivies par une sage-femme.

Le report des femmes précédemment suivies par leur généraliste se fait essentiellement vers l'obstétricien (54.5%) ou la sage-femme (27.3%) et pas vers le gynécologue médical. Concernant les femmes suivies auparavant par un gynécologue médical, celles qui ne le choisissent pas à nouveau se dirigent vers l'obstétricien (24.3%) ou la sage-femme (5.4%). Il faut noter un report de 3.6% des femmes suivies par un obstétricien pour les précédentes grossesses vers le généraliste et 12% vers les gynécologues médicaux .

Graphique 9
Evolution du professionnel référent entre les différentes grossesses (n=134)



Graphique 10
Répartition du professionnel référent en fonction de l'intervenant référent des grossesses antérieures



4.3. Sur quels critères le professionnel référent est-il choisi ?

4.3.1. Critères positifs :

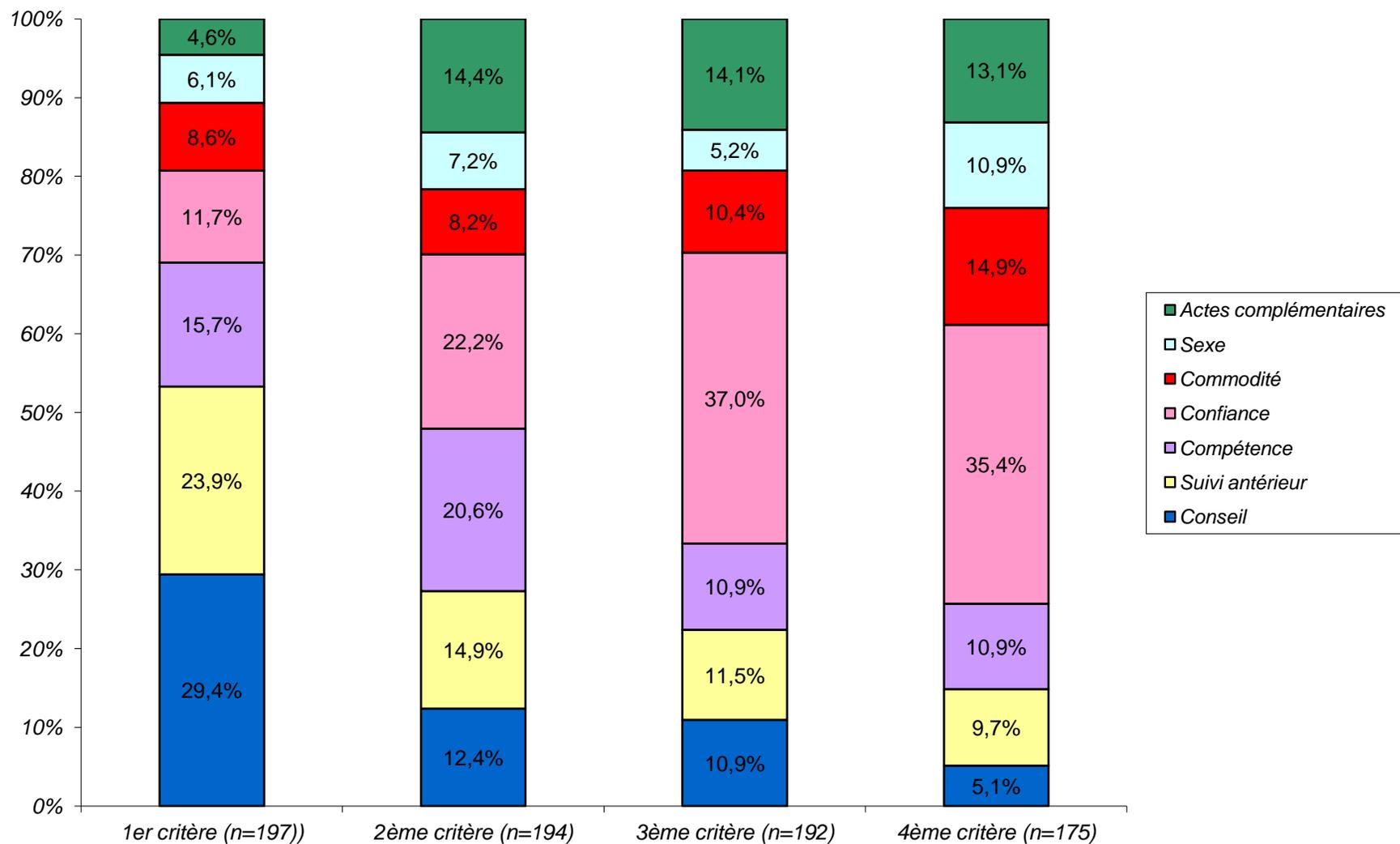
4.3.1.1. Quels sont ces critères ?

A la question « sur quels critères avez-vous choisi ce professionnel pour suivre votre grossesse ? Choisissez 4 critères et classez-les par ordre d'importance », les femmes ont répondu : cf. graphique 11

- Le critère cité en 1^{ère} place (le plus important) est :
 - « Conseil – Réputation » dans 29.4% des cas,
 - « Suivi antérieur » dans 23.9% des cas.
- Le critère cité en 2^{ème} place est :
 - « Confiance – Disponibilité » dans 22.2% des cas,
 - « Compétence » dans 20.6% des cas.
- Le 3^{ème} critère est :
 - « Confiance – Disponibilité » dans 37% des cas,
 - « Actes complémentaires » dans 14.1% des cas.
- Le 4^{ème} critère est :
 - « Confiance – Disponibilité » dans 35.4% des cas,
 - « Commodité » dans 14.9% des cas.

- Lorsque l'on tient compte de l'ensemble des réponses, sans considérer leur ordre de classement, on constate que 68% des femmes ont cité au moins une fois le critère « Confiance - Disponibilité », 54.5% les critères « Suivi antérieur » et « Conseil - Réputation », et 52% le critère « Compétence ». Le critère « Sexe » est celui qui est cité le moins souvent (27.5% des femmes le citent au moins une fois).

Graphique 11
Les critères de choix du professionnel référent



4.3.1.2. Variation de ces critères :

Les critères de choix du professionnel référent ont été vus plus haut. La question qui se pose maintenant est de savoir si ces critères varient entre les femmes selon un certain nombre de facteurs. J'ai donc recherché s'il existait des liens entre les caractéristiques des femmes et les critères de choix.

➤ Concernant le critère « Compétence » :

- Le niveau d'études de la femme et sa catégorie socioprofessionnelle, ainsi que la parité, la maternité et le lieu d'habitation, ne modifient pas la répartition.
- En ce qui concerne le professionnel référent, il n'y a pas de différence significative ($p=0.38$).

➤ Concernant le critère « Confiance – Disponibilité » :

- Le lieu d'accouchement, l'âge, le lieu de naissance, le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle, la parité et le lieu d'habitation ne sont pas discriminants.
- Pour le professionnel référent, la différence n'est pas significative ($p=0.2$).

➤ Concernant le critère « Suivi antérieur » :

- La maternité, le lieu d'habitation et la parité ne jouent aucun rôle dans cet échantillon, tout comme l'âge et le lieu de naissance.
- En revanche, il existe une différence significative en fonction du niveau d'études ($p=0.03$) et de la catégorie socioprofessionnelle ($p=0.01$) : les femmes ayant un niveau supérieur à BAC + 1 accordent plus d'importance à ce critère que les autres (51.% contre 36.4%) ; de même, les femmes de

catégorie socioprofessionnelle du groupe 1 citent plus ce critère (56.1% contre 37.6%).

- Egalement, le critère est cité de façon différente en fonction du professionnel référent (p<0.001) : les femmes suivies par un médecin généraliste ou un gynécologue médical le citent beaucoup plus (respectivement 77.8% et 76.4%) que les femmes suivies par un obstétricien (34.2%) ou une sage femme (6.7%)
- Bien entendu, on retrouve une relation entre l'existence d'un suivi antérieur par un gynécologue et la citation de ce critère : les femmes suivies auparavant par un gynécologue médical (76 femmes) citent ce critère dans 89.4% des cas lorsqu'elles l'ont choisi pour cette grossesse (p<0.001) ; et celles suivies avant par un gynécologue obstétricien (78 femmes) le citent dans 56.5% des cas lorsqu'il est leur professionnel référent (p<0.001). Pour les 164 femmes qui avaient auparavant un médecin généraliste, 77.8% citent ce critère au moins une fois mais compte-tenu du faible effectif des sous-groupes, il n'est pas possible de réaliser des tests statistiques.

➤ Concernant le critère « Actes complémentaires » :

- Il existe une différence selon le lieu d'accouchement (p=0.01) : ce critère est cité au moins une fois par 51.2% des femmes qui ont accouché dans une maternité privée contre 32.8% des autres femmes.
- L'âge et le lieu de naissance de la femme n'influent pas significativement sur ce critère de choix, tout comme le niveau d'études et la profession, la parité et le lieu d'habitation.

- En revanche il existe une différence significative en fonction du professionnel référent ($p < 0.001$) : ce critère est cité de façon plus fréquente chez les femmes suivies par un obstétricien ou une sage femme (respectivement 52.5% et 40%) que lorsqu'elles sont suivies par un médecin généraliste ou un gynécologue médical (11.1% et 20%).
- Le nombre d'échographie réalisées pendant la grossesse ne modifie pas cette répartition.

➤ Concernant le critère « Commodité »

- Il y a une différence significative en fonction de la maternité ($p = 0.01$) : les femmes ayant accouché dans une maternité publique citent ce critère au moins une fois dans 40.5% des cas, contre 23.8% de celles qui ont accouché dans une maternité privée
- L'âge, le lieu de naissance de la femme, le lieu d'habitation, la parité, le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle n'ont pas d'influence sur le choix de ce critère.
- Il existe une différence significative en fonction du professionnel référent ($p = 0.03$) : les femmes suivies par un médecin généraliste, un gynécologue médical ou une sage femme citent plus souvent ce critère (respectivement 44.4%, 43.6% et 53.3%) que celles suivies par un gynécologue obstétricien (25.8%).

➤ Concernant le critère « Conseil – Réputation » :

- Il existe une différence significative en fonction du lieu d'accouchement ($p < 0.001$) : ce critère est cité au moins une fois par 59.5% des femmes qui ont accouché dans le privé contre 35.3% de celles qui ont accouché dans le public.
- L'âge, le lieu de naissance de la femme n'ont pas d'influence, ainsi que le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle et le lieu d'habitation.
- En revanche, il existe une différence significative en fonction de la parité ($p < 0.001$) : les nullipares citent ce critère au moins une fois dans 60% des cas contre 34.8% des multipares.
- De même, il existe une relation entre ce critère et le type de professionnel référent ($p < 0.001$) : 60% des femmes suivies par un obstétricien ont cité ce critère au moins une fois contre 22.2% des femmes suivies par un médecin généraliste, 23.6% de celles suivies par un gynécologue médical et 26.7% de celles suivies par une sage femme.

➤ Concernant le critère « Sexe » :

- Il y a une variation en fonction de la maternité ($p = 0.02$) : les femmes ayant accouché dans une maternité privée citent ce critère dans 19% des cas contre 33.6% de celles ayant accouché dans le public.
- L'âge des femmes, la parité, le lieu d'habitation, leur lieu de naissance, le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle n'ont pas d'influence.
- Il y a une différence significative en fonction du professionnel référent ($p = 0.01$) : ce critère est beaucoup plus cité par les femmes suivies par un

gynécologue médical (38.2%) ou une sage femme (53.3%) que par celles suivies par un médecin généraliste (22.2%) ou un obstétricien (20%).

- La différence est encore plus importante en fonction du sexe du professionnel référent ($p < 0.001$) : 45% des femmes suivies par un professionnel référent femme citent ce critère contre 10.1% de celles qui sont suivies par un homme.

4.3.2. Critères négatifs :

4.3.2.1. Quels sont ces critères ?

Concernant les critères négatifs, les femmes suivies par un gynécologue médical (55 femmes) n'ont pas choisi un médecin généraliste car :

- 45.5% considèrent que le médecin généraliste n'est pas (ou moins) compétent.
- 16.4% estiment que leur médecin généraliste ne les connaît pas assez ou n'ont pas de médecin généraliste.
- Enfin, 12.7% sont déjà suivies par un gynécologue.

Les femmes suivies par un gynécologue obstétricien (120 femmes) n'ont pas choisi le médecin généraliste car :

- Elles ne le pensent pas (ou moins) compétent pour 25.8% d'entre elles.
- Il ne fait pas les accouchements, pour 23.3% d'entre elles.
- Enfin, 5% lui reprochent de ne pas faire d'échographies.

Les femmes suivies par une sage femme (15 femmes) n'ont pas choisi le médecin généraliste car :

- 33.4% ne le pensent pas compétent.
- 20% trouvent que les sages femmes expliquent mieux les choses.

Au total, parmi les 190 femmes qui n'ont pas choisi le médecin généraliste :

- 56.6% ont cité au moins une fois le critère « Pas compétent »
- 42.9% le critère « Pas d'actes complémentaires »
- 18.5% le critère « Sexe »

Les femmes suivies par un médecin généraliste (9 femmes) n'ont pas choisi un gynécologue car :

- Elles n'en ont pas près de chez elles (3 femmes).
- Le type de suivi ne leur convient pas (3 femmes) .
- Elles n'en connaissent pas (2 femmes).

4.3.2.2. Variation des critères de non choix du médecin généraliste :

➤ Critère « Pas compétent » :

Ce critère est cité au moins une fois par 56.6% des femmes non suivies par un médecin généraliste. On constate que ce pourcentage varie peu en fonction de l'âge des femmes, de leur niveau d'études et de leur catégorie socioprofessionnelle, de même que pour leur lieu d'habitation et leur professionnel référent.

En revanche, il diffère significativement en fonction de la maternité ($p=0.01$): ce critère est plus souvent cité par les femmes ayant accouché dans une maternité publique (64.8%) que par les femmes ayant accouché dans une maternité privée (45.7%).

➤ Critère « Pas d'actes complémentaires » :

Ce critère est le 2^{ème} critère le plus cité par les femmes (42.9% des femmes le citent au moins une fois). On constate que certaines caractéristiques des femmes ont un lien avec la citation de ce critère :

- L'âge : les femmes de moins de 30 ans semblent citer ce critère plus souvent que les autres ($p=0.07$).
- De même, le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle jouent un rôle dans la citation de ce paramètre : les femmes de niveau inférieur à BAC + 2 ($p=0.01$) ou de catégorie socioprofessionnelle du groupe 2 ($p=0.01$) citent plus souvent ce critère comme raison de non choix du médecin généraliste pour le suivi de leur grossesse.
- Egalement, il existe un lien entre ce critère et le professionnel référent ($p<0.001$) : il est beaucoup plus cité par les femmes suivies par un obstétricien (52.9%) ou une sage femme (73.3%) que par celles suivies par un gynécologue médical (12.7%).
- En revanche, il n'y a pas de différence en fonction de la maternité.

➤ Critère « Sexe » :

Ce critère est cité par 18.5% des femmes mais il n'y a aucune variation significative selon les caractéristiques des femmes que j'ai testées.

➤ Critères « Pas de suivi antérieur par un médecin généraliste », et « Réflexe » :

Ici encore, on ne retrouve pas de lien particulier entre les femmes et la citation de ce critère, et de plus, compte tenu du faible effectif des sous-groupes, les tests statistiques ne sont souvent pas réalisables.

➤ Critère « Suivi antérieur par un gynécologue » :

Dans ce cas, on retrouve deux liaisons :

- Avec le niveau d'études des femmes ($p=0.05$) : les femmes de niveau supérieur à BAC + 1 citent plus souvent ce critère que les autres (9.4% contre 2.5%).
- Avec le professionnel référent ($p=0.04$) : les femmes suivies par un gynécologue médical le citent plus que celles suivies par obstétricien pour cette grossesse (12.73% contre 4.2%).

4.3.2.3. Variation des critères de non choix du gynécologue :

Compte tenu du faible effectif de ce sous-groupe (9 femmes), il n'est pas possible de dire s'il existe des relations entre les critères de non choix des gynécologues et les caractéristiques des femmes.

4.4. Comment sont suivies les femmes enceintes ?

L'analyse des questionnaires permet de faire un état des lieux du suivi et de l'accouchement des femmes dans la circonscription de Grenoble et de comparer les données avec celles de 1998. On peut ainsi mettre en évidence différentes caractéristiques :

➤ 4.4.1. Les toxiques :

Le taux de non fumeuses avant la grossesse est de 72% en 2001, contre 60.6% en 1998 et le pourcentage de femmes fumant plus de 10 cigarettes par jour de 12.5% en 2001 contre 29.1% en 1998 ($p < 0.001$).

Au 3^{ème} trimestre, il y a aussi une différence significative : 84.6% de non fumeuses en 2001 contre 75% en 1998 .

Concernant l'alcool pendant la grossesse, là aussi la consommation est moindre en 2001 ($p < 0.001$): 92.5% des femmes disent ne pas avoir bu d'alcool du tout pendant leur grossesse en 2001, et 76.7% en 1998.

➤ 4.4.2. Les consultations :

Les femmes ont moins de 8 consultations pendant leur grossesse dans 56.8% des cas, avec une moyenne de 7.9 et des extrêmes allant de 2 à 18. En 1998, les femmes consultaient plus souvent ($p < 0.001$) : 8.7 consultations en moyenne, avec 71% de femmes ayant plus de 7 consultations pendant leur grossesse.

La durée moyenne est de 22.8 minutes.

Il y a en moyenne 1.8 intervenants, avec des extrêmes allant de 1 à 4.

➤ 4.4.3. Les examens pratiqués pendant la grossesse :

48.7% des femmes ont 2 ou 3 échographies, et 51.3% en ont plus de 3, la moyenne se situant à 4 (minimum 1 et maximum 10). Il n'y a pas de différence significative avec les chiffres de 1998.

Le test biologique d'évaluation du risque de trisomie 21 (T21) est proposé dans 74.4% des cas et, parmi ces femmes, réalisé dans 72.3% des cas. Il y a une différence avec 1998 ($p < 0.001$) : en 1998, ce test était plus souvent proposé (78.1%) et, parmi ces femmes, le taux de réalisation était plus élevé (88.9%).

➤ 4.4.4. Les cours de préparation à l'accouchement :

Le taux de participation est de 60.3% variant de 43.9% chez les multipares à 82.4% chez les nullipares, significativement plus élevé qu'en 1998 (taux moyen de 44.3%, 25% chez les multipares et 69.7% chez les nullipares).

Le début des cours se situe au 7^{ème} mois de grossesse en moyenne.

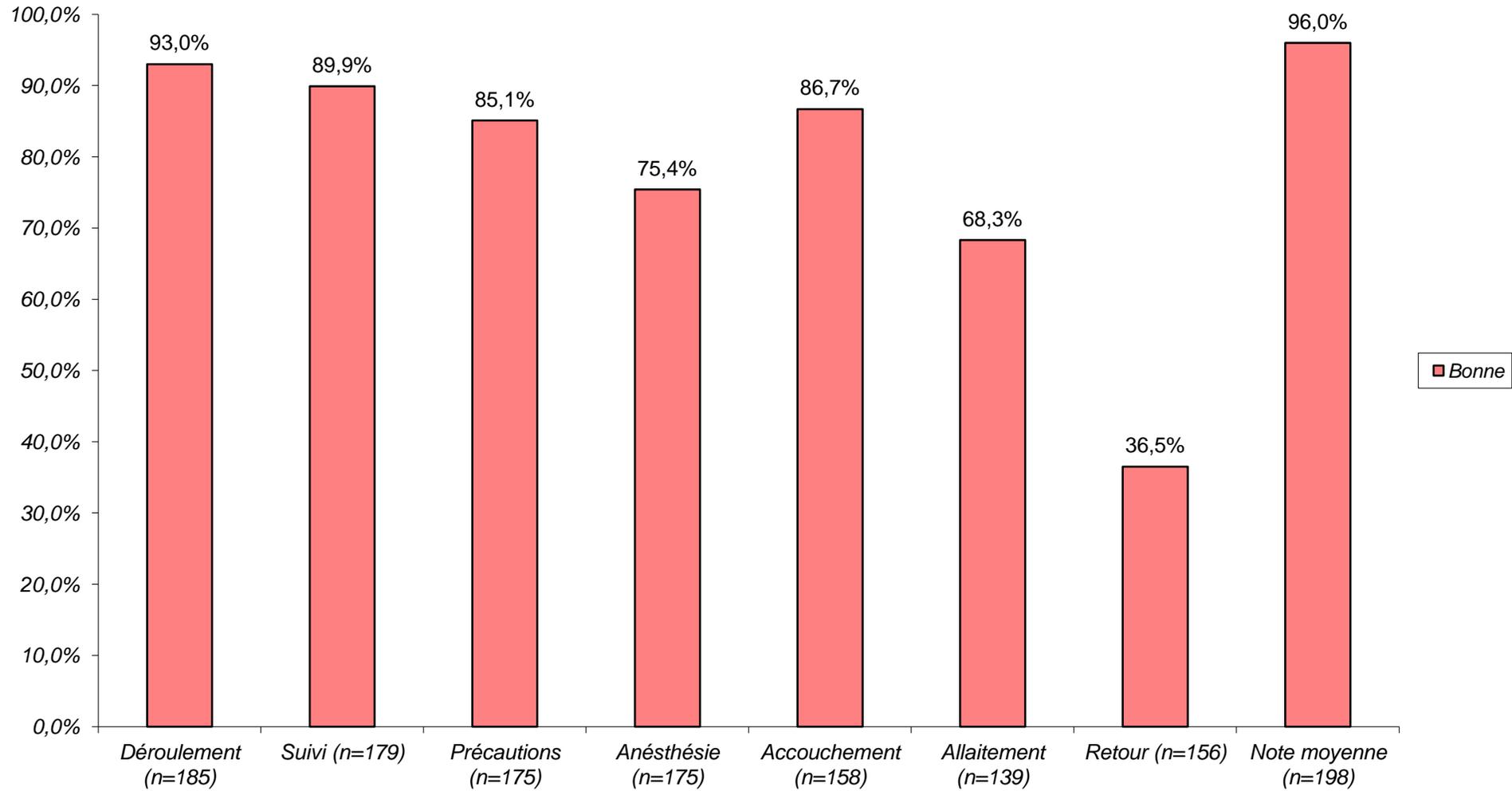
Ils sont réalisés par les sages femmes dans tous les cas dans cet échantillon.

➤ 4.4.5. L'information reçue pendant la grossesse :

- Qualité de l'information : cf. graphique 12

Elle est jugée bonne dans 96% des cas, en particulier pour les explications sur le déroulement de la grossesse (93%) et le suivi (89.9%). En revanche, les informations concernant le retour à domicile ne sont estimées bonnes que dans 36.5% des cas, et pour l'anesthésie dans 75.4% des cas. La qualité de l'information ne varie pas en fonction du nombre d'intervenants.

Graphique 12
Qualité de l'information reçue

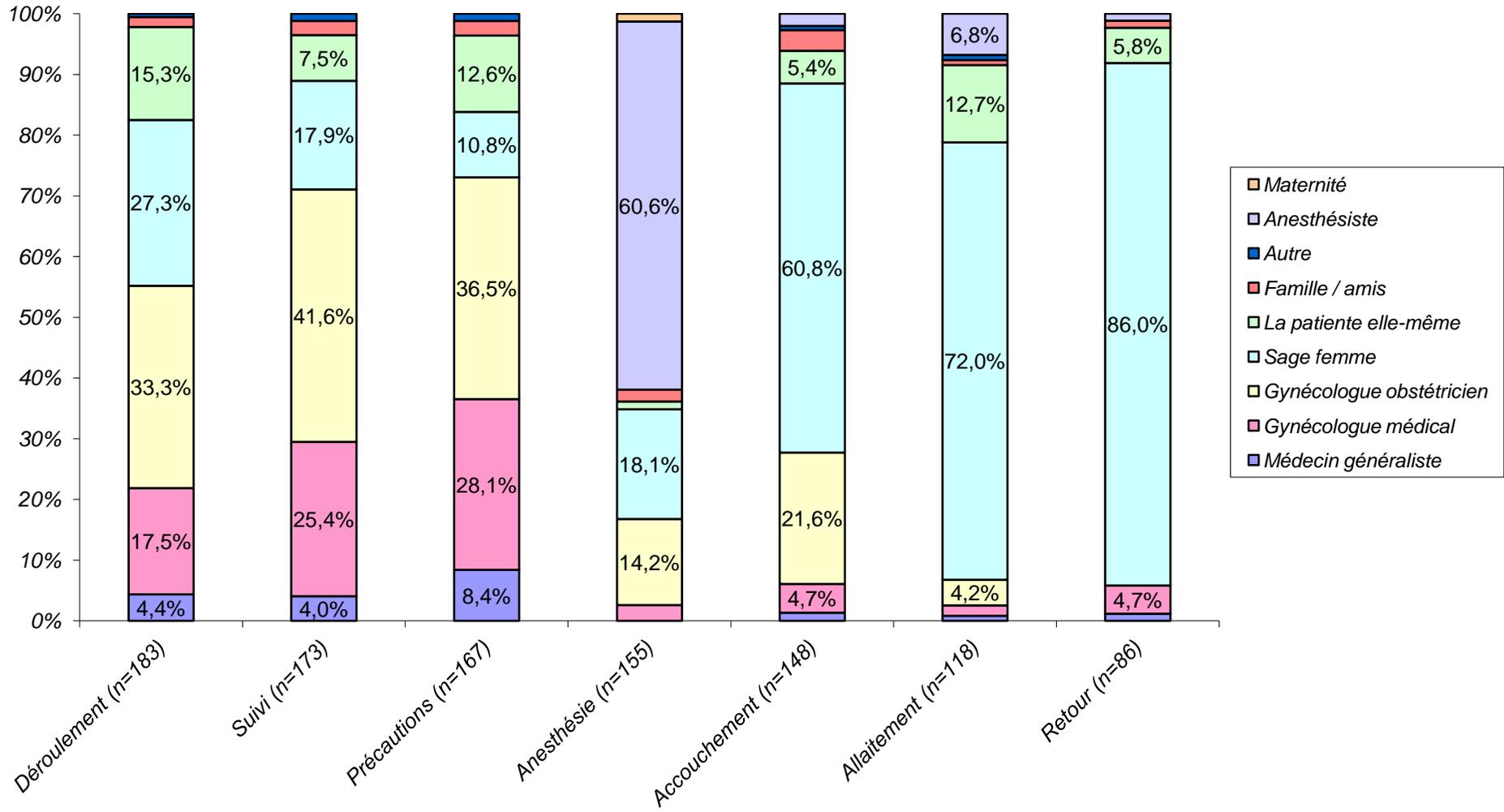


- Informateur : cf. graphique 13

Cette information est surtout apportée par :

- Les sages femmes (27.3%) et les obstétriciens (33.3%) pour le déroulement de la grossesse. Mais 16.9% des femmes trouvent ces informations par elles-mêmes ou par la famille et les amis.
- Les gynécologues (obstétriciens et médicaux) pour le suivi et les précautions à prendre. Les médecins généralistes n'informent que 8.4% des femmes à ce sujet (soit 7 femmes pour cet échantillon), mais compte tenu du faible effectif de femmes suivies par un médecin généraliste, ce chiffre est difficilement interprétable. En revanche, 88.9% des femmes suivies par un médecin généraliste sont informées par lui à ce sujet. Dans ces domaines, de nombreuses femmes trouvent le plus d'information dans les livres et magazines ou en discutant avec de la famille ou des amis (respectivement 9.8% et 15% des cas)
- L'anesthésiste informe les femmes sur l'anesthésie dans 60.6% des cas. A ce sujet, seulement 3.2% des femmes sont informées par des personnes n'appartenant pas au corps médical.
- Pour l'accouchement, l'allaitement et le retour à domicile se sont les sages femmes qui apportent le plus de renseignements

Graphique 13
Par qui sont informées les femmes



- Selon l'informateur, la qualité de l'information varie significativement (cf. tableaux 8):
 - Concernant le déroulement, le suivi et les précautions à prendre, l'information est moins bonne avec les médecins généralistes et les personnes non médicales (famille, amis...) mais les effectifs des sous-groupes sont petits, rendant difficile l'interprétation des résultats.
 - Au sujet de l'anesthésie seuls les sages femmes et les anesthésistes apportent une bonne information.
 - Pour l'accouchement et l'allaitement se sont les sages femmes et les obstétriciens qui fournissent les meilleures explications.

Tableaux 8

Variation de la qualité de l'information en fonction de l'informateur :

Déroutement de la grossesse

p < 0.001

Informateur	Qualité de l'information		n
	Mauvaise	Bonne	
Médecin généraliste	/ (3)	62,5%	8
Gynécologue médical	/ (0)	100,0%	32
Gynécologue obstétricien	/ (4)	93,4%	61
Sage femme	/ (0)	100,0%	50
Autre	/ (4)	87,5%	32
Total	6,0%	94,0%	183

Intérêt et déroulement du suivi

p = 0.052

Informateur	Qualité de l'information		n
	Mauvaise	Bonne	
Médecin généraliste	/ (1)	85,7%	7
Gynécologue médical	/ (4)	90,9%	44
Gynécologue obstétricien	/ (2)	97,2%	72
Sage femme	/ (1)	96,8%	31
Autre	/ (4)	78,9%	19
Total	6,9%	93,1%	173

90

Précautions à prendre

p = 0.02

Informateur	Qualité de l'information		n
	Mauvaise	Bonne	
Médecin généraliste	/ (3)	78,6%	14
Gynécologue médical	/ (3)	93,6%	47
Gynécologue obstétricien	/ (3)	95,1%	61
Sage femme	/ (2)	88,9%	18
Autre	25,9%	74,1%	27
Total	10,8%	89,2%	167

Anesthésie

p = 0.01

Informateur	Qualité de l'information		n
	Mauvaise	Bonne	
Gynécologue médical	/ (1)	75,0%	4
Gynécologue obstétricien	31,8%	68,2%	22
Sage femme	/ (4)	85,7%	28
Anesthésiste	8,5%	91,5%	94
Autre	/ (3)	57,1%	7
Total	14,8%	85,2%	155

Tableaux 8 (suite)

Variation de la qualité de l'information en fonction de l'informateur :

Accouchement

p = 0.005

Informateur	Qualité de l'information		n
	Mauvaise	Bonne	
Médecin généraliste	/ (0)	100,0%	2
Gynécologue médical	/ (2)	71,4%	7
Gynécologue obstétricien	/ (3)	90,6%	32
Sage femme	/ (2)	97,8%	90
Autre	/ (4)	76,5%	17
Total	7,4%	92,6%	148

Retour à la maison

chi2 non valide

Informateur	Qualité de l'information		n
	Mauvaise	Bonne	
Médecin généraliste	/ (1)	/ (0)	1
Gynécologue médical	/ (0)	/ (4)	4
Sage femme	33,8%	66,2%	74
Autre	/ (3)	/ (4)	7
Total	33,7%	66,3%	86

Allaitement

p = 0.002

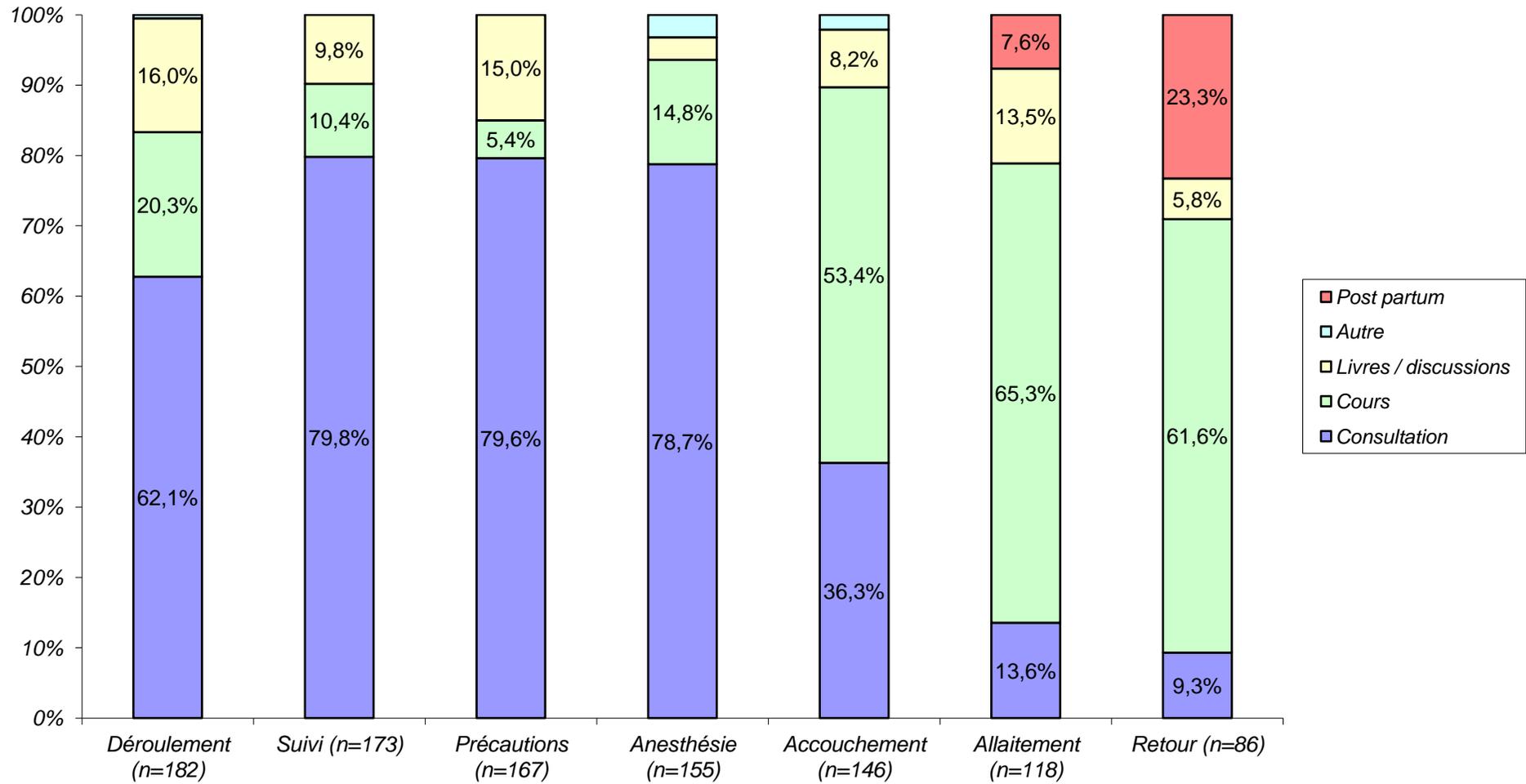
Informateur	Qualité de l'information		n
	Mauvaise	Bonne	
Médecin généraliste	/ (1)	/ (0)	1
Gynécologue médical	/ (2)	/ (0)	2
Gynécologue obstétricien	/ (1)	/ (4)	5
Sage femme	12,9%	87,1%	85
Autre	32,0%	68,0%	25
Total	19,5%	80,5%	118

- Le mode d'information : cf. graphique 14

L'information est essentiellement apportée lors des consultations, surtout pour le déroulement, le suivi, les précautions à prendre et l'anesthésie.

Par contre, ce sont plutôt les cours de préparation à l'accouchement qui renseignent sur l'accouchement, l'allaitement et le retour à domicile.

Graphique 14
Mode d'information



- La qualité de l'information varie en fonction du moyen (probablement par le biais de l'informateur) : cf. tableaux 9
 - Il existe une différence significative en ce qui concerne le suivi ($p=0.02$), les précautions ($p=0.01$), l'anesthésie ($p=0.02$) : l'information est jugée mauvaise par les livres ou les discussions.
 - Au sujet de l'accouchement ($p=0.01$) et de l'allaitement ($p=0.08$), seuls les cours de préparation apportent une bonne information.
 - Par contre, je ne retrouve pas de différence significative concernant le déroulement de la grossesse et le retour à domicile.

Tableaux 9

Variation de la qualité de l'information en fonction du mode d'information :

Déroulement de la grossesse

p = 0.129

Mode d'information	Qualité de l'information		n
	Mauvaise	Bonne	
Consultation	4,4%	95,6%	114
Cours préparation	/ (1)	97,3%	37
Livres / Discussions	/ (4)	87,1%	31
Total	5,5%	94,5%	182

Intérêt et déroulement du suivi

p = 0.018

Mode d'information	Qualité de l'information		n
	Mauvaise	Bonne	
Consultation	5,1%	94,9%	138
Cours préparation	/ (1)	94,4%	18
Livres / Discussions	/ (4)	76,5%	17
Total	6,9%	93,1%	173

Précautions à prendre

p = 0.010

Mode d'information	Qualité de l'information		n
	Mauvaise	Bonne	
Consultation	7,5%	92,5%	133
Cours préparation	/ (1)	88,9%	9
Livres / Discussions	28,0%	72,0%	25
Total	10,8%	89,2%	167

Anesthésie

p = 0.016

Mode d'information	Qualité de l'information		n
	Mauvaise	Bonne	
Consultation	13,1%	86,9%	122
Cours préparation	/ (4)	82,6%	23
Livres / Discussions	/ (3)	/ (2)	5
Total	14,8%	85,2%	150

Tableaux 9 (suite)
Variation de la qualité de l'information en fonction du mode d'information :

Accouchement			
Mode d'information	Qualité de l'information		n
	Mauvaise	Bonne	
Consultation	11,3% / (2)	88,7% 97,4%	53
Cours préparation	/ (3)	75,0%	12
Livres / Discussions	/ (0)	/ (4)	4
Total	7,5%	92,5%	146

p = 0.012

Allaitement			
Mode d'information	Qualité de l'information		n
	Mauvaise	Bonne	
Consultation	/ (4)	75,0%	16
Cours préparation	14,3% / (3)	85,7%	77
Livres / Discussions	/ (3)	81,2%	16
Autres	55,6%	/ (4)	9
Total	5,5%	94,5%	118

p = 0.080

Retour			
Mode d'information	Qualité de l'information		n
	Mauvaise	Bonne	
Consultation	/ (2)	75,0%	8
Cours préparation	32,1% / (3)	67,9%	53
Livres / Discussions	/ (2)	/ (2)	5
Suites de couches	35,0%	65,0%	20
Total	33,7%	66,3%	86

p = 0.594

➤ 4.4.6. Le suivi de la grossesse est jugé très bon par 82.3% des femmes, et assez bon par 16.7%.

➤ 4.4.7. Le vécu de l'accouchement :

Pour 87.4% des femmes le vécu de l'accouchement dans son ensemble a été bon ou moyen. Ce vécu est variable en fonction des conditions de l'accouchement : en cas d'accouchement difficile, le taux de femmes ayant un bon vécu diminue à 76.2% (différence significative par rapport aux femmes ayant eu un accouchement sans problème, $p=0.001$)

En revanche, il n'y a pas de lien entre d'éventuels problèmes de santé de l'enfant et le vécu de cet accouchement.

De même, la participation aux cours de préparation à l'accouchement ne modifie pas significativement le vécu de l'accouchement.

➤ 4.4.8. La douleur :

La majorité des femmes ont une EVA supérieure ou égale à 5 avant (68.8%) ou en salle d'accouchement (60.9%).

La douleur en salle d'accouchement est significativement moins importante ($p<0.001$) en cas d'anesthésie péridurale ou générale (49.6% de douleur faible) qu'en l'absence d'anesthésie ou avec une anesthésie locale seule (10%).

Cette douleur semble plus faible ($p=0.053$) lorsque la femme a participé aux cours de préparation à l'accouchement : 45.2% des femmes ayant suivi ces cours considèrent avoir eu une douleur faible en salle d'accouchement, contre 30.3% seulement de celles qui n'y ont pas participé. Il n'y a en revanche pas de différence sur la douleur avant la salle d'accouchement.

➤ 4.4.9. Conditions de l'accouchement :

- Déclenchement du travail dans 15.6 % des cas, moins élevé qu'en 1998 (20.3%, $p=0.099$).
- Accouchement eutocique dans 63% des cas.
- Présentation céphalique dans 96% des cas comme en 1998 (94.5%).
- Nécessité de manœuvres externes dans 17% des cas, plus souvent qu'en 1998 (12.5%, $p=0.09$).
- Césarienne dans 20% des cas (dont 55% programmés, 5% en urgence avant le travail et 38% en urgence pendant le travail), un peu plus qu'en 1998 (17.5%, $p=0.09$).
- Anesthésie péridurale dans 59% des cas, comme en 1998.

➤ 4.4.10. L'allaitement :

Le taux d'allaitement en suites de couches est de 75.4%, contre 52.5% en 1998 ($p<0.001$).

➤ 4.4.11. Etat de santé de l'enfant à la naissance :

- Taux de prématurité : 6.3%
- Score d'Apgar à 5 minutes inférieur à 9 : 3.8%
- Taux d'enfants de poids de naissance inférieur à 2500g : 3.8% contre 7.2% en 1998 ($p=0.07$), pour un pourcentage de naissances prématurées identique.
- Suivi ultérieur de l'enfant : 69.3% par un pédiatre, 30.7% par un médecin généraliste.

4.5. Conséquences sur le suivi de la grossesse :

Le but de cette enquête était de savoir par qui sont suivies les femmes enceintes et comment elles choisissent ce professionnel de santé, mais aussi si cela avait des conséquences sur la qualité du suivi de la femme. Pour déterminer cela, je me suis basée sur un certain nombre d'arguments, recueillis auprès des femmes ou dans leur dossier médical . Il s'agit d'éléments concernant :

- les facteurs de risque (alcool, tabac),
- les examens complémentaires (échographies, test biologique de dépistage du risque de T21) et les consultations,
- les cours de préparation à l'accouchement (taux de participation),
- l'information reçue pendant la grossesse,
- la satisfaction de la femme et son vécu de l'accouchement,
- l'état de santé de l'enfant à la naissance (prématurité, score d'Apgar) et son suivi ultérieur,
- l'allaitement.

L'ensemble des résultats est résumé dans le tableau 10.

Tableau 10
Conséquences du type de professionnel référent
sur le suivi et l'accouchement :

Les toxiques	p
Sur le tabagisme	NV
Sur l'alcool	NV

Les examens et consultations	p
Sur le nombre d'échographies	0.744
Sur la proposition du dépistage de T21	0.248
Sur la réalisation du test de dépistage de T21	0.321
Sur le nombre de consultations	0.203
Sur la durée de la consultation	0.017
Sur le nombre d'intervenants	<0.001

Les cours de préparation à l'accouchement	p
Sur la préparation à l'accouchement	0.014
Sur la préparation à l'accouchement chez les nullipares	0.015
Sur la préparation à l'accouchement chez les multipares	NV
Sur la date de début des cours	NV

L'accouchement	p
Sur la satisfaction globale	NV
Sur le vécu de l'accouchement	0.068
Sur le vécu de l'accouchement sans les accouchements difficiles	0.108
Sur le vécu de l'accouchement pour les accouchements difficiles	0.333
Sur la douleur avant la salle d'accouchement	0.809
Sur la douleur après la salle d'accouchement	0.764
Sur la douleur en salle d'accouchement avec anesthésie	0.436
Sur la douleur en salle d'accouchement sans anesthésie	NV
Sur l'allaitement	NV
Sur le nombre de naissances prématurées	0.871

L'enfant	p
Sur le score d'APGAR	0.582
Sur le suivi de l'enfant	0.012

NV : Test du Chi2 Non Valide compte - tenu d'effectifs insuffisants

➤ 4.5.1. Concernant la consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse :

L'effectif des sous groupes n'étant pas suffisant, il est difficile de savoir s'il existe un lien entre l'arrêt ou la diminution de la consommation et le professionnel référent. On peut cependant noter que 43.64% des fumeuses stoppent leur consommation de tabac et 40% diminuent, et 64.7% et 8.8% respectivement en ce qui concerne l'alcool.

➤ 4.5.2. Concernant les examens complémentaires :

- Il n'y a pas de différence significative mise en évidence entre les professionnels référents au sujet du nombre d'échographies réalisées pendant la grossesse.
- Pour le test de dépistage du risque de T21, la différence n'est pas significative non plus.

➤ 4.5.3. Concernant les consultations :

La durée de cette consultation varie : avec les médecins généralistes et les sages femmes, les consultations font toutes plus de 15 minutes, alors qu'avec les gynécologues médicaux 10.9% des consultations font moins de 15 minutes et 23.5% pour les obstétriciens. La différence s'accroît encore lorsque la barre est mise à 20 minutes : 62.5% des consultations des médecins généralistes et 69.23% de celles des sages femmes font plus de 20 minutes contre 30.8% et 31.8% des consultations des gynécologues médicaux et des obstétriciens. La durée moyenne des consultations est ainsi pour chaque référent de :

- 35 minutes pour les médecins généralistes,
- 31.9 minutes pour les sages femmes,
- 23.1 minutes pour les gynécologues médicaux,
- 20.6 minutes pour les obstétriciens.

En revanche, le nombre de consultations n'est pas fonction du professionnel référent.

➤ 4.5.4. Le nombre d'intervenants est variable en fonction du professionnel référent ($p < 0.001$):

- Les femmes suivies par un médecin généraliste font appel le plus souvent à 2 intervenants (55.6% des cas), mais nécessitent 3 voire 4 intervenants dans 44.4% des cas. Les femmes ne voient jamais que leur médecin généraliste.
- Ce chiffre est encore plus important avec les sages femmes (66.7% des femmes voient 3 ou 4 intervenants, 26.7% en voient 2 et 6.7% un seul).
- Avec les gynécologues médicaux, 76.4% des femmes voient 2 intervenants, 20% en voient 3 ou 4 et 3.6% un seul.
- Avec les obstétriciens, la proportion de femmes ne faisant appel qu'à un seul intervenant est importante (50.8%) mais 42.5% ont 2 intervenants et 6.7% 3 ou 4 .

➤ 4.5.5. En ce qui concerne les cours de préparation à l'accouchement :

- Il existe une différence significative entre les professionnels référents ($p = 0.01$) : les femmes participent plus aux cours quand elles sont suivies par un médecin généraliste (66.7%) ou un gynécologue médical (67.3%) que lorsqu'elles sont suivies par un obstétricien (60%) ou une sage femme (33.3%).
- Concernant les nullipares (85 femmes), le taux de participation est plus important quand les femmes sont suivies par un gynécologue médical (90.9%) ou un obstétricien (85.7%), mais compte-tenu des petits effectifs, ces résultats sont à pondérer.

- Cette différence ne semble pas persister pour les femmes multipares, mais là encore, compte-tenu du faible effectif des sous-groupes, on ne peut pas réaliser de tests statistiques.
- Par contre, la date de début des cours ne varie pas d'un professionnel référent à un autre : dans la grande majorité des cas, cela commence à partir du 7^{ème} mois (79.1%).

➤ 4.5.6. Concernant les informations reçues pendant la grossesse :

Un autre élément qui caractérise la qualité du suivi est la qualité de l'information reçue. Ce qu'il faut noter, c'est que le professionnel qui fournit cette information est parfois très différent du professionnel référent (cf. tableaux 11).

- Pour le déroulement de la grossesse : seulement 44.4% des 9 femmes suivies par un médecin généraliste reçoivent l'information de sa part, 63.3% pour celles qui sont suivies par un gynécologue médical, et 53.6% pour celles qui sont suivies par un gynécologue obstétricien. Les femmes qui ne sont pas informées par leur professionnel référent le sont souvent par les sages femmes .
- Concernant le suivi de la grossesse, la « concordance » est meilleure entre l'informateur et le professionnel référent : 75% des femmes suivies par un médecin généraliste, 83.7% des femmes suivies par un gynécologue médical, 70.6% des femmes suivies par un obstétricien et 71.4% des femmes suivies par une sage femme sont informées par leur professionnel référent.
- Pour les précautions à prendre la meilleure « concordance » entre informateur et professionnel référent est obtenue avec le généraliste (88.9%

des femmes suivies par un médecin généraliste sont informées par lui) ou le gynécologue médical (85.1%).

- Les informations sur l'anesthésie, sont données essentiellement par les anesthésistes et celles sur l'accouchement, l'allaitement et le retour à domicile, par les sages femmes. De ce fait, il ne peut pas y avoir une bonne corrélation entre informateur et professionnel référent.

Tableaux 11
Par qui sont informées les femmes ?

Déroulement	Professionnel référent				Total	n
Informateur	Médecin généraliste	Gynécologue médical	Obstétricien	Sage femme	Total	n
Médecin généraliste	/ (4)	/ (1)	/ (3)	/ (0)	4.4%	8
Gynécologue médical	/ (0)	63.3%	/ (0)	/ (1)	17.5%	32
Obstétricien	/ (1)	/ (1)	53.6%	/ (0)	33.3%	61
Sage femme	/ (3)	14.3%	25.5%	80.0%	27.3%	50
Autre	/ (1)	18.4%	18.2%	/ (2)	17.5%	32
Total	100%	100%	100%	100%	100%	183

Suivi	Professionnel référent				Total	n
Informateur	Médecin généraliste	Gynécologue médical	Obstétricien	Sage femme	Total	n
Médecin généraliste	75.0%	/ (0)	/ (1)	/ (0)	4.0%	7
Gynécologue médical	/ (0)	83.7%	/ (2)	/ (1)	25.4%	44
Obstétricien	/ (0)	/ (0)	70.6%	/ (0)	41.6%	72
Sage femme	/ (2)	10.2%	13.7%	71.4%	17.9%	31
Autre	/ (0)	/ (3)	12.7%	/ (3)	11.0%	19
Total	100%	100%	100%	100%	100%	173

Précautions	Professionnel référent				Total	n
Informateur	Médecin généraliste	Gynécologue médical	Obstétricien	Sage femme	Total	n
Médecin généraliste	88.9%	/ (0)	6.1%	/ (0)	8.4%	14
Gynécologue médical	/ (0)	85.1%	6.1%	/ (1)	28.1%	47
Obstétricien	/ (0)	/ (0)	60.2%	/ (2)	36.5%	61
Sage femme	/ (0)	/ (1)	9.2%	61.5%	10.8%	18
Autre	/ (1)	13%	18%	/ (2)	16%	27
Total	100%	100%	100%	100%	100%	167

Tableaux 11 (suite)
Par qui sont informées les femmes ?

Anesthésie	Professionnel référent					
Informateur	Médecin généraliste	Gynécologue médical	Obstétricien	Sage femme	Total	n
Gynécologue médical	/ (0)	/ (4)	/ (0)	/ (0)	2.6%	4
Obstétricien	/ (0)	/ (3)	18.2%	/ (2)	14.2%	22
Sage femme	/ (1)	17.9%	18.2%	/ (2)	18.1%	28
Anesthésiste	83.3%	59.0%	58.6%	72.7%	60.6%	94
Autre	/ (0)	/ (2)	5.1%	/ (0)	4.5%	7
Total	100%	100%	100%	100%	100%	155

Accouchement	Professionnel référent					
Informateur	Médecin généraliste	Gynécologue médical	Obstétricien	Sage femme	Total	n
Médecin généraliste	/ (2)	/ (0)	/ (0)	/ (0)	1.4%	2
Gynécologue médical	/ (0)	15.4%	/ (1)	/ (0)	4.7%	7
Gynécologue obstétricien	/ (1)	12.8%	26.7%	/ (2)	21.6%	32
Sage femme	/ (2)	59.0%	61.1%	71.4%	60.8%	90
Autre	/ (0)	12.8%	11.1%	/ (2)	11.5%	17
Total	100%	100%	100%	100%	100%	148

Allaitement	Professionnel référent					
Informateur	Médecin généraliste	Gynécologue médical	Obstétricien	Sage femme	Total	n
Médecin généraliste	/ (1)	/ (0)	/ (0)	/ (0)	0.8%	1
Gynécologue médical	/ (0)	/ (2)	/ (0)	/ (0)	1.7%	2
Gynécologue obstétricien	/ (0)	/ (1)	/ (3)	/ (1)	4.2%	5
Sage femme	/ (3)	72.7%	72.1%	75.0%	72.0%	85
Autre	/ (1)	18.2%	23.5%	/ (2)	21.2%	25
Total	100%	100%	100%	100%	100%	118

Retour à domicile	Professionnel référent					
Informateur	Médecin généraliste	Gynécologue médical	Obstétricien	Sage femme	Total	n
Médecin généraliste	/ (0)	/ (0)	/ (1)	/ (0)	1.2%	1
Obstétricien	/ (0)	/ (0)	/ (3)	/ (1)	4.7%	4
Sage femme	/ (3)	91.3%	83.3%	83.3%	86.0%	74
Autre	/ (0)	/ (2)	9.3%	/ (0)	8.1%	7
Total	100%	100%	100%	100%	100%	86

Tableaux 11
Par qui sont informées les femmes ?

Déroulement	Professionnel référent					
Informateur	Médecin généraliste	Gynécologue médical	Obstétricien	Sage femme	Total	n
Médecin généraliste	/ (4)	/ (1)	/ (3)	/ (0)	4.4%	8
Gynécologue médical	/ (0)	63.3%	/ (0)	/ (1)	17.5%	32
Obstétricien	/ (1)	/ (1)	53.6%	/ (0)	33.3%	61
Sage femme	/ (3)	14.3%	25.5%	80.0%	27.3%	50
Autre	/ (1)	18.4%	18.2%	/ (2)	17.5%	32
Total	100%	100%	100%	100%	100%	183

Suivi	Professionnel référent					
Informateur	Médecin généraliste	Gynécologue médical	Obstétricien	Sage femme	Total	n
Médecin généraliste	75.0%	/ (0)	/ (1)	/ (0)	4.0%	7
Gynécologue médical	/ (0)	83.7%	/ (2)	/ (1)	25.4%	44
Obstétricien	/ (0)	/ (0)	70.6%	/ (0)	41.6%	72
Sage femme	/ (2)	10.2%	13.7%	71.4%	17.9%	31
Autre	/ (0)	/ (3)	12.7%	/ (3)	11.0%	19
Total	100%	100%	100%	100%	100%	173

Précautions	Professionnel référent					
Informateur	Médecin généraliste	Gynécologue médical	Obstétricien	Sage femme	Total	n
Médecin généraliste	88.9%	/ (0)	6.1%	/ (0)	8.4%	14
Gynécologue médical	/ (0)	85.1%	6.1%	/ (1)	28.1%	47
Obstétricien	/ (0)	/ (0)	60.2%	/ (2)	36.5%	61
Sage femme	/ (0)	/ (1)	9.2%	61.5%	10.8%	18
Autre	/ (1)	13%	18%	/ (2)	16%	27
Total	100%	100%	100%	100%	100%	167

Tableaux 11 (suite)
Par qui sont informées les femmes ?

Anesthésie	Professionnel référent				Total	n
	Informateur	Médecin généraliste	Gynécologue médical	Obstétricien		
Gynécologue médical	/ (0)	/ (4)	/ (0)	/ (0)	2.6%	4
Obstétricien	/ (0)	/ (3)	18.2%	/ (2)	14.2%	22
Sage femme	/ (1)	17.9%	18.2%	/ (2)	18.1%	28
Anesthésiste	83.3%	59.0%	58.6%	72.7%	60.6%	94
Autre	/ (0)	/ (2)	5.1%	/ (0)	4.5%	7
Total	100%	100%	100%	100%	100%	155

Accouchement	Professionnel référent				Total	n
	Informateur	Médecin généraliste	Gynécologue médical	Obstétricien		
Médecin généraliste	/ (2)	/ (0)	/ (0)	/ (0)	1.4%	2
Gynécologue médical	/ (0)	15.4%	/ (1)	/ (0)	4.7%	7
Gynécologue obstétricien	/ (1)	12.8%	26.7%	/ (2)	21.6%	32
Sage femme	/ (2)	59.0%	61.1%	71.4%	60.8%	90
Autre	/ (0)	12.8%	11.1%	/ (2)	11.5%	17
Total	100%	100%	100%	100%	100%	148

Allaitement	Professionnel référent				Total	n
	Informateur	Médecin généraliste	Gynécologue médical	Obstétricien		
Médecin généraliste	/ (1)	/ (0)	/ (0)	/ (0)	0.8%	1
Gynécologue médical	/ (0)	/ (2)	/ (0)	/ (0)	1.7%	2
Gynécologue obstétricien	/ (0)	/ (1)	/ (3)	/ (1)	4.2%	5
Sage femme	/ (3)	72.7%	72.1%	75.0%	72.0%	85
Autre	/ (1)	18.2%	23.5%	/ (2)	21.2%	25
Total	100%	100%	100%	100%	100%	118

Retour à domicile	Professionnel référent				Total	n
	Informateur	Médecin généraliste	Gynécologue médical	Obstétricien		
Médecin généraliste	/ (0)	/ (0)	/ (1)	/ (0)	1.2%	1
Obstétricien	/ (0)	/ (0)	/ (3)	/ (1)	4.7%	4
Sage femme	/ (3)	91.3%	83.3%	83.3%	86.0%	74
Autre	/ (0)	/ (2)	9.3%	/ (0)	8.1%	7
Total	100%	100%	100%	100%	100%	86

➤ 4.5.7. Concernant le suivi de la grossesse dans son ensemble :

99% des femmes le jugent bon ou très bon, sans différence selon le professionnel référent.

➤ 4.5.8. A propos du vécu de l'accouchement:

Là encore il n'y pas de différence significative entre les professionnels référents, mais on peut parler de tendance ($p=0.07$) : le vécu semble meilleur quand les femmes ont pour professionnel référent un gynécologue (90.9% de satisfaction avec les gynécologues médicaux et 89.1% avec les obstétriciens) que lorsqu'elles sont suivies par un médecin généraliste (66.7% des 9 femmes suivies par un médecin généraliste) ou par une sage femme (73.3%). Lorsque l'on fait abstraction des accouchements difficiles et des femmes dont l'enfant a eu des problèmes de santé à la naissance, cette tendance disparaît.

➤ 4.5.9. Concernant la douleur lors de l'accouchement :

La douleur avant ou en salle d'accouchement ne varie pas selon le professionnel référent, même s'il on fait abstraction du facteur anesthésie.

➤ 4.5.10. Concernant l'allaitement :

Le taux d'allaitement en suites de couches est de 75.4%, sans modification en fonction du professionnel référent.

➤ 4.5.11. Concernant l'état de santé de l'enfant à la naissance :

- Les taux de naissances prématurées (6.3%) et de score d'Apgar inférieur à 9 à 5 min (3.8%) ne sont pas variables selon le professionnel référent.

- En revanche, il existe une différence significative concernant le suivi ultérieur de l'enfant ($p=0.012$) : les femmes qui ont été suivies par un gynécologue médical (52 femmes), un obstétricien (115 femmes) ou une sage femme (13 femmes) pour leur grossesse feront suivre leur enfant par un pédiatre dans respectivement 69.2%, 71.3% et 84.6% des cas, alors que celles qui ont été suivies par un médecin généraliste (9 femmes), lui confieront leur enfant dans 77.8% des cas.

Par ailleurs, il semble que la catégorie socioprofessionnelle de la femme joue un rôle dans le choix du suivi de l'enfant ($p=0.061$) : les femmes de catégorie socioprofessionnelle du groupe 1 feront plus suivre leur enfant par un pédiatre que les autres (77.2% contre 64.5%).

Sachant qu'il existe également une relation entre la catégorie socioprofessionnelle de la femme et le professionnel référent, j'ai réalisé de nouveaux tests statistiques en éliminant le facteur catégorie socioprofessionnelle, afin de savoir si la liaison professionnel référent / suivi ultérieur de l'enfant existe ou si elle est due indirectement à la profession de la femme. On constate alors que le lien persiste quelque soit cette catégorie socioprofessionnelle : $p=0.01$ pour les catégories socioprofessionnelles du groupe 1 et $p=0.09$ pour les catégories socioprofessionnelles du groupe 2.

De la même façon, j'ai réalisé les tests en éliminant le facteur professionnel référent, et on constate alors que le lien catégorie socioprofessionnelle / suivi ultérieur de l'enfant ne persiste que pour les femmes suivies par un gynécologue obstétricien ($p=0.01$). Pour les autres, il n'y a plus de

différence significative. Cette liaison avec la catégorie socioprofessionnelle était donc en partie due au choix du professionnel référent.

4.6. Synthèse :

L'ensemble des relations entre toutes les caractéristiques est résumé dans le tableau 12.

12. Les différents liens:	Age	Pays de naissance	Pays de naissance des parents	Niveau d'études	Profession	Parité	Suivi ant. par un généraliste	Suivi ant. par un gyn. méd.	Suivi ant. par un obstétricien	Lieu d'habitation	Maternité	Professionnel référent	Sexe du prof. référent	Nombre d'échographies	Test de dépistage de la T21	Nombre d'intervenants	Participation aux cours de préj
Age				♦		♦					♦	♦					
Pays de naissance												♦	♦				
Niveau d'études	♦				♦		♦	♦	♦		♦	♦					
Profession						♦	♦	♦			♦	♦					
Parité	♦						♦	♦	♦			♦					
Dpmt de naissance							♦	♦	♦								
Maternité	♦	♦		♦	♦					♦		♦					
Lieu suivi autres grossesses							♦	♦	♦								
Professionnel référent	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦			♦	♦	♦	♦
Intervenant du 1er trimestre	♦			♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦						
Intervenant du 2ème trimestre				♦	♦		♦	♦			♦						
Critère positif "Compétence"				♦	♦	♦				♦	♦	♦					
Critère positif "Confiance - Disponibilité"	♦	♦		♦	♦	♦				♦	♦	♦					
Critère positif "Suivi antérieur"	♦	♦		♦	♦	♦		♦	♦	♦	♦	♦					
Critère positif "Actes Complémentaires"	♦	♦		♦	♦	♦				♦	♦	♦		♦			
Critère positif "Commodités"	♦	♦		♦	♦	♦				♦	♦	♦					
Critère positif "Sexe"	♦	♦		♦	♦	♦				♦	♦	♦	♦				
Critère négatif "Pas compétent"	♦			♦	♦					♦	♦	♦					
Critère négatif "Pas d'actes complémentaires"	♦			♦	♦					♦	♦	♦					
Critère négatif "Suivi antérieur par un gynéco."				♦								♦					

Pas de liaison significative



Liaison significative



Tendance



5. Discussion :

5.1. Validité de l'échantillon :

L'échantillon obtenu a été analysé de façon à vérifier qu'il était statistiquement représentatif de la population iséroise et nationale. Des comparaisons avec les chiffres obtenus lors de l'enquête nationale périnatale de 1998 ont alors été réalisées. Il ressort de ces tests qu'il n'existe pas de différences significatives en ce qui concerne :

- le lieu de naissance de la femme,
- sa nationalité,
- sa situation familiale,
- la parité,
- la gestité,
- le taux de grossesses gémellaires,
- les antécédents de morts fœtales in utero, de prématurité, de césarienne.

En revanche , il faut noter quatre différences significatives entre ces deux enquêtes :

- L'âge des femmes (p=0.04): dans mon échantillon, il y a moins de femmes de moins de 25 ans et plus de femmes de 35 ans ou plus (cf. Tableau 13). Cette différence peut s'expliquer par l'évolution de l'âge du premier enfant qui augmente chaque année un peu plus.

En effet en 1985, l'âge moyen de la maternité était de 27.5 ans, puis de 28.8 ans en 1994 [10]. De même, les naissances ont tendance à se reporter à un âge plus élevé : entre 1981 et 1995, la proportion de femmes de moins de 25 ans est passée de 38.5% à 21.4%, et celle des femmes de 30 à 39 ans , de 24.1% à 38.1% [6].

Tableau 13
Comparaison des classes d'âges entre l'enquête de 1998 et mon échantillon

p=0.041

Age	2001	1998	Total
Moins de 20 ans	/ (1)	2.5%	2.5%
20 à 24 ans	9.5%	14.6%	14.5%
25 à 29 ans	36.5%	37.6%	37.5%
30 à 34 ans	30.5%	30.1%	30.1%
35 à 39 ans	17.5%	12.8%	12.9%
40 ans et plus	5.5%	2.5%	2.5%
Total	100%	100%	100%
n	200	13 546	13 746

- La profession de la femme : Elle est également différente de celle des femmes de l'enquête de 1998 ($p < 0.001$). Dans cette étude il y a plus de femmes ayant une profession intermédiaire et moins de femmes sans emploi (cf. Tableau 14). Cette différence persiste quand on effectue le regroupement en 2 niveaux de catégorie socioprofessionnelle ($p < 0.001$) : l'échantillon de cette enquête comporte plus de femmes de catégorie socioprofessionnelle du groupe 1.

Par ailleurs, la profession des femmes de mon échantillon est également très différente de celles des femmes lors du recensement de 1990 [17] : il y a dans notre enquête plus de professions intermédiaires (cf. Tableau 15) et moins de femmes sans emploi ($p < 0.001$), et lorsque l'on effectue le regroupement, plus de femmes de catégorie socioprofessionnelle du groupe 1 là aussi ($p < 0.001$).

Ces différences semblent étonnantes. Elles peuvent être liées à différents facteurs comme :

- L'évolution des types d'emplois occupés par les femmes : d'après le recensement de la population de 1990 [18], le taux d'ouvrières diminue et celui des employées augmente, entre 1982 et 1990, avec également une très forte progression pour les cadres et les professions intermédiaires en Rhône-Alpes.

- Le périmètre de l'étude : population nationale pour l'enquête de 1998, communale pour les chiffres de 1990, population d'une circonscription pour 2001.
- La difficulté de coder les professions : classer la profession des femmes en 8 catégories demande beaucoup d'expérience pour que cela soit reproductible d'une enquête à une autre. Je ne possède malheureusement pas cette expérience pour pouvoir affirmer que le classement que j'ai effectué dans cette enquête est reproductible par rapport à celui réalisé en 1990 par l'INSEE (et qui sert de référence). D'ailleurs, on peut noter qu'il existait une différence significative à propos des catégories socioprofessionnelles des femmes entre le recensement de 1990 et l'enquête périnatale de 1998 ($p < 0.001$), alors que cette dernière était jugée représentative. Cela confirme cette difficulté et montre que les écarts ne doivent pas être interprétés uniquement comme des défauts de représentativité mais comme des différences dans l'enregistrement et la classification des professions.

Tableau 14

**Comparaison de la catégorie socioprofessionnelle
entre l'enquête de 1998 et mon échantillon**

p<0.001

Profession	2001	1998
Agricultrice	0.5%	0.5%
Artisanes, commerçantes	1.0%	1.5%
Cadres	9.5%	8.0%
Professions intermédiaires	30.7%	15.9%
Employées	32.2%	31.5%
Ouvrières	7.5%	6.2%
Sans emploi	18.6%	36.4%
Total	100%	100.0%
n	199	13 042

p<0.001

Profession	2001	1998
Artisanes, commerçantes, cadres, professions intermédiaires	41.2%	25.4%
Agricultrices, employées, ouvrières, sans emploi	58.8%	74.6%
Total	100%	100%
n	199	13 042

Tableau 15

**Comparaison de la catégorie socioprofessionnelle
entre le recensement de 1990 et mon échantillon**

p<0.001

Profession de la femme	2001	1990
Agricultrice	/ (1)	0.02%
Artisanes, commerçantes	/ (2)	2.4%
Cadres	9.5%	9.7%
Professions intermédiaires	30.7%	18.4%
Employées	32.2%	31.6%
Ouvrières	7.5%	5.1%
Retraitées	/ (0)	0.2%
Sans emploi	18.6%	32.5%
Total	100%	100%
n	199	37013

p=0.001

Profession de la femme	2001	1990
Artisanes, commerçantes, cadres, professions intermédiaires	41.2%	30.6%
Agricultrices, employées, ouvrières, sans emploi	58.8%	69.4%
Total	100%	100%
n	199	37013

- La profession du conjoint est également significativement différente ($p < 0.001$) : cet échantillon comporte plus d'artisans - commerçants, plus de cadres et de professions intermédiaires et moins d'ouvriers.
- Le niveau d'études des femmes interrogées est significativement plus élevé (cf. Tableau 16) dans mon échantillon que sur celui de 1998 ($p < 0.001$). Plusieurs explications peuvent être avancées :
- En premier lieu, il peut exister un problème de classement des femmes ayant été scolarisées jusqu'en terminale, mais n'ayant pas obtenu le BAC. Il existe à ce niveau une erreur possible car on qualifie alors leur niveau de « niveau BAC ». Dans mon enquête, j'ai fait systématiquement préciser si le BAC avait été obtenu ou non et la classification était donc différente. Dans l'enquête de 1998, il est difficile de savoir dans quelle catégorie se sont classées ces femmes : enseignement jusqu'en terminale ou BAC ?
 - Deuxième explication possible : le niveau d'études des femmes est corrélé à leur âge, et compte tenu du fait que notre échantillon contient une proportion plus importante de femmes de plus de 30 ans, cela peut contribuer à élever le niveau d'études de cet échantillon.
 - Troisièmement, on constate qu'entre 1981 et 1995, le nombre de femmes venant d'accoucher et ayant un niveau d'études supérieur au BAC est passé de 13.4% en 1981 à 32.6% en 1995 [6] puis 38.7% en 1998 [8] sur le plan national. Même si les proportions de progression sont différentes pour mon échantillon (55.6% en 2001), on peut supposer qu'entre 1998 et 2001, le niveau d'études des femmes a continué à progresser et que cela peut expliquer au moins une partie de la différence observée.

- Dernière hypothèse : cette enquête a été réalisée sur les femmes ayant accouché dans une des 6 maternités de la circonscription de Grenoble, excluant ainsi une partie des femmes iséroises. L'enquête de 1998 donne, quant à elle, des chiffres concernant les femmes de toute la France, la comparaison n'est donc pas aisée compte tenu des disparités régionales voire départementales qui peuvent exister. Les données de l'INSEE de 1990 [18] renforcent cette hypothèse puisqu'en Isère, les jeunes de 25 – 29 ans sont plus diplômés qu'en Rhône Alpes, avec en 1990, 35.6% des 25-29 ans qui ont le BAC ou plus et 5.3% en cours d'études.
- Au total, pour limiter au maximum les biais, les niveaux d'études « enseignement jusqu'en terminale » et « BAC ou BAC + 1 » ont été regroupés, mais il est évident que si par la suite, la catégorie socioprofessionnelle semble être un facteur déterminant cela ne pourra s'appliquer qu'à cet échantillon et il sera difficile de l'extrapoler à l'ensemble de la population.

Tableau 16

Comparaison des niveaux d'études entre l'enquête de 1998 et mon échantillon:

p<0.001

Niveau d'études:	2001	1998
Inférieur à BAC + 2	44.5%	61.3%
Supérieur ou égal à BAC + 2	55.6%	38.7%
Total	100%	100%
n	198	12 908

➤ En conclusion :

Malgré les différences constatées sur le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle des femmes interrogées, je pense que l'on peut considérer cet échantillon comme représentatif de la population des parturientes de l'Isère en 2001. D'autres travaux effectués sur des échantillons plus importants pourraient peut-être confirmer ces résultats et lever le doute sur ces problèmes de représentativité.

5.2. La population étudiée :

- Age moyen de 30.6 ans, avec pour extrêmes 19 et 43 ans. La tranche d'âge la plus importante est celle des 25 – 29 ans. On peut noter que dans notre échantillon il n'y a pas de très jeunes femmes.
- Les femmes étudiées sont nées en France pour 87% d'entre elles. La répartition ne varie pas significativement entre les maternités comme j'aurais pu m'y attendre compte-tenu de facteurs à la fois financiers (absence d'avance des frais) et pratiques (prise en charge même en l'absence de couverture sociale, délai de RDV rapides notamment grâce au suivi par les sages femmes, choix quasi « automatique » de l'hôpital quand on ne connaît pas de médecin sur la région...). Soit cette différence n'existe pas, soit mon échantillon ne comporte pas assez de femmes nées à l'étranger pour la mettre en évidence, soit il existe un biais de sélection puisque les femmes ne parlant pas français n'étaient pas éligibles alors qu'elles sont souvent en France depuis peu (7 femmes n'ont pas été incluses pour des problèmes de langues, 3 au CHU Nord, et 4 à la clinique Belledonne).
- La répartition entre les maternités ne varie pas en fonction du niveau d'études ou de la catégorie socioprofessionnelle de la femme avec cet échantillon. Cette différence est là aussi étonnante, puisque je m'attendais à ce que les cliniques privées accueillent plus de femmes de catégorie socioprofessionnelle du groupe 1 et de niveaux d'études supérieurs au BAC, essentiellement pour des raisons financières.

En fait, le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle interviennent significativement uniquement dans le choix du professionnel référent : les femmes de catégorie socioprofessionnelle du groupe 1 sont plus souvent suivies par un gynécologue médical (rôle du facteur financier ?), les femmes de catégorie socioprofessionnelle du groupe 2 plutôt par un obstétricien ou une sage femme. C'est donc plutôt le choix du professionnel référent qui importe et qui oriente vers une maternité. Comme on peut supposer que le choix de la maternité reste plus ouvert avec les gynécologues médicaux, qu'avec les gynécologues obstétriciens ou les sages femmes qui exercent déjà dans une maternité précise, la conséquence de ce choix est que les femmes de différentes catégories socioprofessionnelles se répartissent de façon quasi équivalente entre les maternités.

5.3. Le type de suivi antérieur :

Parmi les femmes interrogées 82% avaient un généraliste, le plus souvent homme. Cette répartition semble fonction de la durée du suivi : plus le suivi est ancien, plus la proportion de médecins hommes grandit. Ceci est directement lié à l'évolution de la démographie médicale car ce n'est que récemment que les femmes ont investi cette profession. En effet, les femmes médecins (généralistes ou spécialistes) représentent désormais 37% des effectifs [3] contre 15.4% en 1982 (et 12.2% chez les médecins généralistes) [22] et 30.1% en 1992 (avec 16.8% chez les médecins généralistes) [1]. La proportion de femmes est d'autant plus forte que les classes d'âge sont plus jeunes : les femmes sont majoritaires chez les moins de 35 ans (56%), et en proportion égale chez les moins de 40 ans. De plus, si les femmes avaient tendance à choisir un exercice spécialisé, depuis un dizaine d'années, elles sont de plus en plus nombreuses à s'orienter vers la médecine générale, voire majoritaires chez les moins de 40 ans [3].

Il faut aussi noter que seulement 21.5% des femmes avaient un généraliste seul, sans suivi antérieur par un gynécologue, et uniquement 27% n'avaient pas de gynécologue. Cette proportion montre l'importance de l'accès au spécialiste dans l'esprit des femmes et / ou la désertion plus ou moins volontaire des généralistes pour le suivi gynécologique : le cercle vicieux s'installe, moins de femmes se font suivre par les généralistes, ceux-ci pratiquent donc moins et hésitent à s'investir dans cette surveillance, les femmes vont donc voir les gynécologues. Le dénombrement des généralistes équipés de table d'examen adaptée, de matériel pour frottis, d'appareils à ultrasons et réalisant eux-mêmes les frottis cervico-vaginaux reflèterait sûrement ce manque d'investissement.

Si l'on explore un peu plus ces résultats on peut même voir que l'attrait du spécialiste est tel que 4% des femmes disent avoir à la fois un gynécologue médical et un obstétricien. La question qui se pose alors est : pour quoi faire ?

Ensuite, 12.5% des femmes avaient un gynécologue (médical et / ou obstétricien) mais pas de généraliste. De plus, les femmes qui ont changé de département depuis leur naissance sont significativement moins souvent suivies par médecin généraliste avant leur grossesse que les autres. On remarque aussi souvent que, le suivi est plus ancien ou au moins égal avec les gynécologues qu'avec les généralistes. Cela pourrait s'expliquer par le fait que :

- les femmes ayant déménagé dans le même département ont changé de médecin généraliste (pour qu'il soit près de chez elles) mais pas de gynécologue (car la proximité géographique n'est pas nécessaire pour des consultations sans urgence) ;
- les femmes qui ont changé de département, n'ont pas encore choisi un nouveau médecin généraliste (car cette population de femmes jeunes est rarement malade), mais ont besoin d'un suivi gynécologique et ont donc choisi un gynécologue.

Enfin, 5.5% des femmes n'avaient aucun médecin avant cette grossesse : s'agit-il de femmes non suivies ou simplement d'un concours de circonstances (déménagement récent..) ?

Ce suivi antérieur par un médecin généraliste ou un gynécologue médical est variable en fonction de la catégorie socioprofessionnelle et du niveau d'études : les femmes de niveau d'études et de catégorie socioprofessionnelle supérieurs ont plus souvent un suivi par un gynécologue médical. Cette différence peut-être liée à :

- Des facteurs financiers : le prix de la consultation n'est évidemment pas le même entre les généralistes et les spécialistes.
- Des facteurs pratiques : les spécialistes étant installés plus souvent en ville, aller les consulter suppose d'avoir un moyen de transport, ce qui est bien sur plus fréquent dans les classes plus aisées de la population.

- Des facteurs culturels : les femmes des catégories plus aisées ont peut être plus besoin de voir directement le spécialiste, « car il est plus compétent », alors que les autres préféreraient un médecin qui soit plus proches d'elles. Malheureusement, lors de l'analyse des critères de choix, je n'est pas mis en évidence de relations entre le niveau d'études ou la profession et la citation du critère « Compétence » ou « Confiance », peut être à cause des différents regroupements réalisés.

En revanche, on ne note pas de relations entre ces niveaux et le suivi antérieur par un obstétricien. Ceci est inattendu, mais peut-être existe t'il une différence selon que l'obstétricien exerce en milieu public ou privé. Cette enquête ne permet pas de conclure à ce sujet.

Par ailleurs, on observe logiquement un lien entre les multipares et le suivi antérieur par un obstétricien. De même, les femmes ayant déjà au moins un enfant ont plus souvent un médecin généraliste traitant que les autres ($p=0.08$). Cela peut être dû au fait qu'elles ont déjà consulté ce médecin généraliste pour des problèmes liés au post-partum ou bien qu'elles ont déjà fait appel à lui pour leurs précédents enfants. En revanche, la différence n'est pas significative avec les gynécologues médicaux.

Le suivi antérieur par un obstétricien est également plus fréquent lorsque la femme n'a pas changé de département par rapport à la précédente grossesse. Cela ne se retrouve pas avec le gynécologue médical. Cela montre que même en cas de déménagement, les femmes suivies antérieurement par un gynécologue médical, choisiront à nouveau un gynécologue médical pour leur suivi (même en dehors de la grossesse), et non un médecin généraliste.

En conclusion, le suivi des femmes avant leur grossesse reflète déjà l'attrait pour le spécialiste et la marginalisation du médecin généraliste pour le suivi gynéco-obstétrical, en

particulier dans les classes les plus aisées de la population. Ceci explique que le généraliste n'occupe par la suite qu'une petite place dans la surveillance de la grossesse.

5.4. Le professionnel référent :

- Le choix des femmes se porte donc préférentiellement sur les obstétriciens et les gynécologues médicaux. La proportion de femmes suivies par un médecin généraliste (4.5%) est encore plus faible que l'hypothèse de départ. En effet, l'étude du CREDES de 1992 [1] montrait que 44% des consultations au cours de la grossesse étaient réalisées par un médecin généraliste contre 10.1% ici. Ce taux était déjà 11 points en dessous de celui de l'enquête du CREDES réalisée 10 ans plus tôt [22], mais cela ne laissait pas supposer une telle réduction de la participation des médecins généralistes à cette surveillance. En 1992, les consultations concernant la grossesse représentaient seulement 1.1% de l'ensemble des consultations des médecins généralistes. Ce chiffre, non calculable à partir de cette enquête, doit certainement être beaucoup plus faible aujourd'hui.

- Cette répartition confirme que le médecin généraliste a une place très ambiguë dans le suivi de la grossesse et de la période post-natale [28] : « les généralistes sont victimes de la technisation de la médecine qui conduit à confier nombre d'actes médicaux élaborés à des personnes dûment formées pour les accomplir. Mais ils sont surtout victimes de l'idéologie que cette technisation a engendré : une vision de la pratique médicale comme une juxtaposition d'actes, la croyance que l'utilité sociale d'un professionnel se mesure au degré de spécialisation qu'il atteint ». Cette importance des gestes techniques est confirmée par la place du critère « Actes complémentaires » dans le choix du professionnel référent.

Il est dommage que le médecin généraliste ait une si petite place dans le suivi de la grossesse car, comme le disait ce rapport [28], il a un rôle très important à jouer :

- dans les quartiers populaires voire défavorisés, ou dans le monde rural, le médecin généraliste est une référence et un mode d'entrée dans le système de soins privilégié, car il est en général bien intégré dans le tissu social,
- il est à même de voir les femmes, non seulement pour le suivi de la grossesse, mais pour des évènements pathologiques intercurrents,
- il peut suivre la famille des femmes et en particulier le père, et être amené à dépister d'éventuels retentissements psychologiques sur la grossesse chez la mère, le père, le couple, la fratrie, et jouer un rôle dans la prévention des troubles de l'attachement. Il est mieux placé que quiconque pour comprendre l'environnement dans lequel se déroule la grossesse,
- c'est souvent lui que la femme enceinte reviendra voir après son retour à domicile, et il sera à même de suivre la santé du nouveau né et de la femme.

➤ Par ailleurs, les facteurs supposés déterminants pour le choix du professionnel référent ne le sont pas nécessairement :

- Le sexe du médecin généraliste traitant n'influe pas significativement sur le professionnel référent. En effet, même si dans notre échantillon les femmes suivies par un médecin généraliste femme la choisissent plus comme professionnel référent que celles qui sont suivies par un homme, cette différence n'est pas statistiquement significative. Ceci est peut-être dû à la trop petite taille des échantillons. En effet, dans l'étude du CREDES de 1982-83 [22], les médecins généralistes hommes voyaient en moyenne 58% de femmes et 42% d'hommes, et les médecins généralistes femmes

66% de femmes et 34% d'hommes, traduisant une attraction des patientes femmes vers les médecins femmes et des patients hommes vers les médecins hommes. Cette répartition était confirmée en 1992 [1] avec des pourcentages assez proches : 64% de femmes chez les médecins généralistes femmes et 57% chez les médecins généralistes hommes. De plus, les médecins généralistes femmes voient plus de patientes pour des grossesses ou une pathologie associée à la grossesse (3.02% de leurs consultations) que leur confrère du sexe masculin (1.54% de leurs consultations) [22].

- Le lieu d'habitation n'a pas d'influence, les femmes habitant en zone rurale n'hésitent donc pas à se déplacer pour se faire suivre par un gynécologue.
- Les femmes ayant des grossesses à risques ne vont pas plus voir les spécialistes que les autres.

➤ En revanche, un certain nombre de résultats était attendu :

- Le professionnel référent est différent selon la maternité : les femmes accouchant dans le privé sont beaucoup plus souvent suivies par un gynécologue obstétricien que les autres, et ne sont jamais suivies par une sage femme. Cela s'explique aisément par la place respective des sages femmes des maternités publiques, privées ou des sages femmes libérales : les sages femmes libérales ne font quasiment pas de suivi de grossesse non pathologiques, et les sages femmes des cliniques privées n'effectuent pas de consultations, alors que celles qui travaillent dans les maternités publiques sont responsables à la fois du suivi de la grossesse, normale ou pathologique, et des accouchements. Concernant le gynécologue obstétricien, ils sont moins nombreux à exercer dans les maternités publiques (23 gynécologues obstétriciens dont 6 au CHU Nord, 5 au CHU Sud, 4 au CH Voiron et 8 à la clinique Mutualiste) que dans les maternités privées (27 gynécologues obstétriciens dont 9 à la clinique des Cèdres et 18

à la clinique Belledonne), par conséquent, les femmes suivies par un gynécologue obstétricien accouchent plus souvent dans le privé. De plus, une étude réalisée au Havre en 1996 [26], montrait que le lieu d'accouchement est plus souvent conseillé par les gynécologues que par les médecins généralistes.

- Les femmes de catégorie socioprofessionnelle élevée choisissent plus les gynécologues médicaux que les autres, et on retrouve le même lien avec le niveau d'études. Cela confirme certains résultats des études du CREDES de 1982-83 [22] et 1992 [1]: les cadres supérieurs et les patients exerçant une activité intermédiaire consultent plus souvent les spécialistes, par contre les ouvriers et les agriculteurs les consultent peu et vont plus voir les médecins généralistes.
- Les femmes qui avaient déjà un gynécologue le choisissent préférentiellement pour suivre leur grossesse. Etant donné l'importance du suivi antérieur dans le choix du professionnel référent, y compris chez les nullipares, la question qui reste en suspens est : pour quelle raison, sur quels critères y a t'il passage du généraliste au gynécologue pour le suivi gynécologique indépendamment du suivi de la grossesse ?
On pourrait établir des relations avec :
 - Le fait que les femmes jeunes n'iront plus voir de généralistes car elles ne sont plus malades. Au moment de la nécessité d'un suivi gynécologique (prescription de pilule...) elles préfèrent choisir un nouvel intervenant plutôt que de retourner voir le médecin qui les suivait avant et qu'elles n'ont pas consulté depuis plusieurs années.
 - Le fait que la population est de plus en plus mobile et que, conséquence des déménagements, les femmes se retrouvent sans médecin traitant et se dirigent alors vers le gynécologue pour leur suivi.

- Le fait que, comme pour l'ORL ou l'ophtalmologue, l'accès direct au spécialiste est une habitude, un réflexe.
- Le professionnel référent varie au cours de la grossesse, comme le montrait l'étude du CREDES [1], avec une relative importance du médecin généraliste au 1^{er} trimestre puis un transfert vers les gynécologues aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres. Les facteurs modifiant le choix de l'intervenant référent du 1^{er} et 2^{ème} trimestre sont les mêmes que pour le professionnel référent, sauf la catégorie socioprofessionnelle : elle ne joue plus de rôle dans le choix de l'intervenant référent du 2^{ème} trimestre, probablement parce que la différence observée au 1^{er} trimestre est essentiellement due au médecin généraliste et qu'il n'y a que très peu de femmes suivies par leur médecin généraliste au 2^{ème} trimestre.
- Le professionnel référent est différent de celui qui fait la déclaration de grossesse et de l'intervenant référent du 1^{er} trimestre. Or c'est à ce moment qu'une grande confiance est nécessaire, ainsi qu'une grande disponibilité pour expliquer ce qu'il va se passer. Visiblement aux yeux des femmes, l'intervenant référent qui apporte toutes ces informations, soit ne leur convient pas, soit est jugé moins important que celui qui les voit en fin de grossesse.
- L'intervenant référent est aussi variable d'une grossesse à une autre . Avec cette comparaison, on peut observer une évolution notamment en ce qui concerne le médecin généraliste confirmant ainsi les différences de résultats entre les deux études du CREDES [1,22]: une baisse de la proportion des grossesses suivies, avec un report vers les gynécologues (surtout obstétriciens). Malheureusement, sur cet échantillon, on ne peut évaluer l'évolution réelle puisqu'il n'y a pas de dates des grossesses. Les intervenants référents de ces grossesses regroupent donc des grossesses pouvant être très anciennes ou très récentes.

➤ En conclusion :

L'ensemble des résultats de cette enquête confirme donc, dans la limite de la validité de ce travail, l'abandon du médecin généraliste pour le suivi de la grossesse par la très grande majorité des femmes enceintes. Ce sont les gynécologues et surtout les obstétriciens qui sont alors sollicités pour remplir ce rôle. Ce constat, déjà identifié au 1^{er} trimestre de la grossesse, s'accroît encore aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres par transfert du médecin généraliste vers le gynécologue obstétricien.

Il faut, tout de même noter l'importance du médecin généraliste lors du 1^{er} trimestre de la grossesse et lors de la déclaration de grossesse, en comparaison avec le faible nombre de femmes qui disent avoir été suivies par un médecin généraliste. Celui-ci a donc un rôle important à jouer en terme de prophylaxie et de dépistage dans le cadre du suivi de la grossesse, même si ce n'est pas lui qui effectue la totalité de la surveillance. C'est peut être en se consacrant un peu plus à cette période qu'il pourra redonner envie aux femmes d'être suivies par lui...

Par ailleurs, parmi les différentes caractéristiques des femmes interrogées, ce qui semble donc déterminant dans le choix du professionnel référent est l'existence ou non d'un suivi antérieur par un gynécologue ainsi que la catégorie socioprofessionnelle et le niveau d'études. Mais, étant donné les remarques soulevées concernant la représentativité de l'échantillon en terme de profession et de niveau d'études, ces différences ne s'appliquent qu'à cet échantillon et devront être confirmées par d'autres travaux pour pouvoir être extrapolées à l'ensemble de la population. Le sexe du professionnel référent semble lui aussi jouer un rôle, mais cela reste à confirmer par d'autres études.

Les autres caractéristiques (âge, pays de naissance, parité, lieu d'habitation, caractère « à risques » de la grossesse) ne semblent pas avoir d'influence sur ce choix.

5.5. Les critères de choix :

5.5.1. Les critères positifs :

Ce qui semble le plus important pour les femmes lorsqu'elles choisissent le professionnel qui va suivre leur grossesse, c'est en premier lieu le conseil des amis, familles ou personnes du corps médical, ou le fait d'être déjà suivi par un professionnel de santé. Le critère compétence n'arrive qu'en 4^{ème} position. On peut expliquer cela par deux hypothèses :

- Les femmes qui étaient déjà suivies par un professionnel de santé auparavant le trouvaient certainement compétent, mais ce paramètre n'était plus discriminant pour le choix de ce suivi puisque la relation était déjà établie entre la patiente et l'intervenant. On peut supposer que la chronologie est la suivante : « je choisis un professionnel pour me faire suivre (avant la grossesse), je le trouve compétent, je poursuis mon suivi avec lui, et lorsque je suis enceinte, je continue naturellement à me faire suivre par lui ».
- Les femmes qui n'avaient pas de suivi antérieur se sont basées sur les divers conseils qu'elles ont pu avoir et sur la réputation des professionnels. Ne les connaissant pas avant leur grossesse, elles ne pouvaient pas les choisir pour leur compétence (ou alors pour leur compétence supposée). Le critère « Compétence » est alors plutôt cité en 2^{ème} ou 3^{ème} place, comme cela peut se passer chronologiquement : « on me conseille un professionnel, je me fais suivre par lui, le suivi me satisfait et donc je le trouve compétent ».

Par ailleurs, globalement, le critère « Confiance – Disponibilité » est le plus souvent cité et les critères « Commodité » et « Sexe » les moins évoqués. Cela confirme le fait que les femmes accordent beaucoup d'importance à la relation qui s'installe pendant tout ce suivi, et

qu'elles sont prêtes à ne pas faire attention à d'autres paramètres : lieu du cabinet, facilité d'accès, honoraires, et même sexe du professionnel.

Dans mon échantillon, le lieu de naissance des femmes n'est pas discriminant en ce qui concerne les critères de choix du professionnel référent. En particulier, les femmes nées à l'étranger ne citent pas plus que les autres les critères « Conseil » ou « Commodité ». L'absence de différence peut s'expliquer par le fait que les femmes nées à l'étranger sont souvent en France depuis longtemps et ne sont donc pas des femmes isolées, ne connaissant personne sur la région. L'enquête ne prévoyait pas de leur demander depuis combien de temps elles étaient en France et je ne peux donc pas confirmer cette hypothèse.

D'autre part, on constate que les critères « Compétence » et « Confiance - Disponibilité » sont cités de façon équivalente, quelque soit la femme, alors que pour d'autres critères on observe des liens (cf. graphique 15):

- Le critère « Suivi antérieur » est plus cité par les femmes de niveau d'études supérieur à BAC + 1 et de catégorie socioprofessionnelle du groupe 1. Ces femmes considèrent donc plus que les autres le suivi de leur grossesse comme la continuité d'un suivi gynécologique débuté avant qu'elles ne soient enceintes. On peut supposer que la relation se fait de la façon suivante : niveau d'études et catégorie socioprofessionnelle élevés → Suivi antérieur par un gynécologue médical → Critère de choix : Suivi antérieur → Professionnel référent : gynécologue médical → Lieu d'accouchement : privé ou publique.

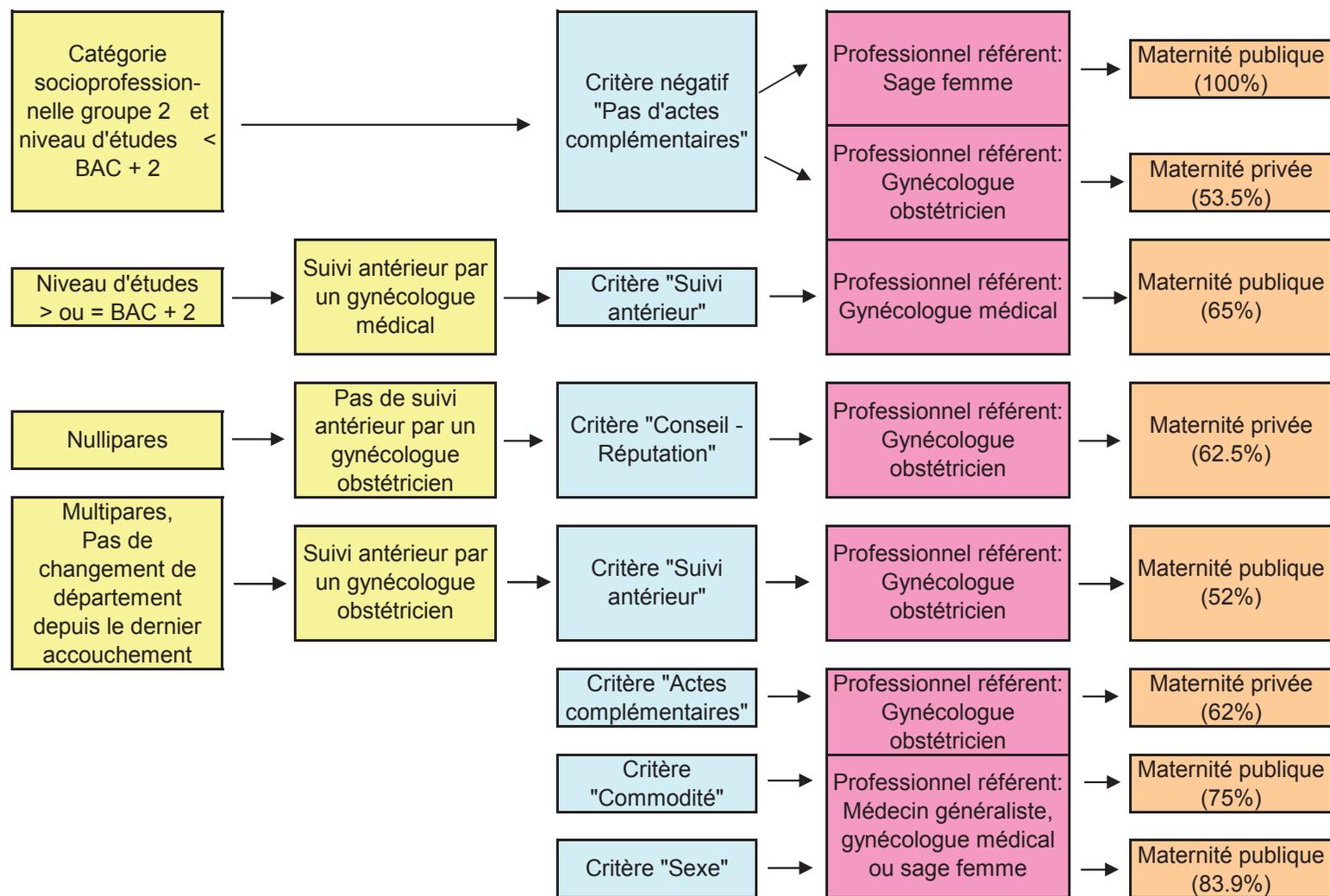
Ce suivi antérieur est surtout important pour les femmes suivies par un gynécologue (médical ou obstétricien). Cette relation n'est pas retrouvée avec les

médecins généralistes : même si les femmes ont déjà un médecin traitant, il ne leur semble pas logique qu'il surveille leur grossesse.

- Le critère « Actes complémentaires » varie lui aussi en fonction du professionnel référent et de la maternité. On peut donc proposer une relation de ce type : Critère : Actes complémentaires → Professionnel référent : gynécologues obstétriciens → Lieu d'accouchement : maternités privées.

Il n'y a pas de différence avec le nombre d'échographies. Ce qui importe donc à la femme n'est probablement pas le fait d'avoir beaucoup d'échographies, mais que celles-ci soient réalisées par la personne qui effectue le suivi de la grossesse.

- Concernant le critère « Commodité », on peut aussi établir une liaison : Critère de choix : Commodité → Professionnel référent : médecins généralistes, gynécologues médicaux et sages femmes → Lieu d'accouchement : maternités publiques.
- Pour le critère « Conseil – Réputation » : on peut proposer le lien suivant : Nullipares → Pas de suivi antérieur par un gynécologue obstétricien → Critère Conseil – Réputation → Professionnel référent : gynécologues obstétriciens → Lieu d'accouchement : Cliniques privées.
- Enfin, à propos du critère « Sexe », il existe une relation pouvant se résumer ainsi : Critère Sexe → Sexe Professionnel référent : féminin → Professionnel référent : gynécologues médicaux et sages femmes → Lieu d'accouchement : Maternités publiques.



Graphique 15
Quelques liens

→ : liaison significative au seuil p<0.05

5.5.2. Les critères négatifs :

Le critère « Compétence » n'est pas celui qui est cité en premier comme critère positif, en revanche, c'est le premier critère négatif, confirmant notre hypothèse de départ : 56.6% des femmes interrogées ont cité au moins une fois ce critère comme raison de non choix du médecin généraliste pour le suivi de leur grossesse. Ce critère est cité de façon plus fréquente par les femmes des maternités publiques, sans que je puisse apporter une explication à cette répartition.

Le 2^{ème} argument avancé est celui de l'absence de pratique d'actes complémentaires (échographies et accouchements), notamment pour les femmes de moins de 30 ans, de niveau d'études inférieur à BAC + 1 et de catégorie socioprofessionnelle du groupe 2, et pour celles qui sont suivies par un obstétricien ou une sage femme. On peut supposer que la relation se fait dans ce sens : âge inférieur à 30 ans → niveau d'études inférieur à BAC + 2 → catégorie socioprofessionnelle moins élevée → Critère de non choix : « Pas d'actes complémentaires » → Professionnel référent : gynécologues obstétriciens et sages femmes.

Enfin, les femmes ayant choisi comme professionnel référent un médecin généraliste, n'ont pas été suivies par un gynécologue car elles n'en connaissaient pas ou parce qu'il n'y en avait pas près de chez elles (55.5% des cas). On peut donc penser qu'elles seraient allées voir un gynécologue si elles en avaient eu un proche de chez elles. Elles ont donc plutôt choisi leur professionnel référent par élimination. Mais, compte tenu du faible effectif étudié (9 femmes), il est difficile de conclure. On peut noter aussi que, étonnamment, le critère positif « Disponibilité » n'est pas le 1^{er} cité pour le suivi par un médecin généraliste.

5.5.3. En conclusion :

Ce choix du professionnel référent est, d'après cette enquête, basé sur deux principaux critères : l'existence d'un suivi antérieur par un gynécologue et, pour celles qui n'en avaient pas, la réputation des médecins et les conseils des proches. Le choix est en suite conforté par l'établissement d'une relation de confiance.

A l'inverse, le non choix des généralistes semble dû essentiellement à un jugement négatif des femmes à leur sujet : elles ne les jugent pas compétents pour suivre leur grossesse. De plus, elles leur reprochent leur manque de technicité car ils ne pratiquent ni échographies ni accouchements : il ne semble pas important d'avoir beaucoup d'échographies mais il est appréciable que ce soit le médecin « suiveur » qui les réalisent. Cette importance apportée à la pratique de l'accouchement et des échographies explique sans doute une partie de « l'engouement » pour le gynécologue obstétricien.

5.6. Le suivi de la grossesse et le déroulement de l'accouchement dans la population étudiée :

➤ Les toxiques :

En premier lieu, cette enquête met en évidence une évolution favorable du comportement des femmes, probablement suite aux nombreuses campagnes d'informations et à l'action des médecins : le taux de fumeuses est plus faible en 2001 qu'en 1998, et parmi les fumeuses, le pourcentage d'arrêt au 3^{ème} trimestre de la grossesse est plus élevé en 2001 (44.6%) qu'en 1998 (35.4%). De même pour la consommation d'alcool pendant la grossesse, celle ci est plus faible en 2001. On peut tout de même se demander si cela reflète la consommation réelle de ces femmes, ou si elles n'ont pas sous-estimé leur consommation par rapport à une enquête qui aurait été réalisée sans la présence d'un enquêteur au moment de répondre.

➤ Les consultations et examens :

On constate également, d'après les chiffres obtenus, que le suivi des femmes de notre échantillon est relativement proche des recommandations concernant le nombre de consultations, et diffère significativement du suivi des femmes de l'enquête de 1998. En effet le nombre de consultations est aujourd'hui moins élevé, et beaucoup plus proche des sept consultations prévues pour le suivi d'une grossesse sans problème. Cela peut être dû à une réduction du nombre de consultations par surcharge des gynécologues, ou bien grâce à un plus fort taux de participation aux cours de préparation à l'accouchement, permettant aux femmes de mieux comprendre les symptômes qui peuvent apparaître en fin de grossesse, et permettant également de répondre aux questions des femmes, évitant ainsi un certain nombre de consultations (en effet, le taux de participation est nettement plus élevé en 2001 qu'en 1998, passant de 44.3% à 60.3%). Cette baisse est bénéfique car il a été montré lors d'une étude

prospective randomisée publiée en 1996 [32] que, sur une population à bas risque, une surveillance prénatale ne comportant qu'un nombre réduit de consultations prénatales (six à sept selon la parité) permettait de réduire significativement le nombre d'admissions de jour, le nombre d'échographies et le nombre de suspicions d'hypotrophie par rapport à une surveillance prénatale classique (treize consultations) sans que les résultats périnataux en pâtissent.

Le nombre de consultations ne varie pas en fonction de l'origine des femmes, contrairement aux chiffres de 1988 [24] où 8 à 12% des femmes immigrées refusaient cette surveillance prénatale, mais il existe peut être un biais par le fait que :

- ces femmes n'ont peut-être pas voulu répondre au questionnaire,
- ces femmes n'étaient peut-être pas éligibles compte tenu d'éventuels problèmes de langue.

En revanche, le nombre d'échographies ne tend pas à diminuer et reste supérieur aux recommandations de trois échographies par grossesse, avec une majorité de femmes ayant plus de trois échographies. Ce taux ne s'explique pas par l'importance du suivi par les gynécologues, puisqu'il n'y a pas de relation (en tout cas dans notre échantillon) entre le nombre d'échographies pendant la grossesse et le professionnel référent. En revanche, il est possible que cela soit dû à la pratique d'une 1^{ère} échographie au moment du diagnostic de grossesse : en effet, parmi les femmes ayant plus de trois échographies, la moitié en ont en réalité quatre.

Par ailleurs, on peut noter que le test de dépistage du risque de la trisomie 21 est significativement moins proposé en 2001 et que le taux de réalisation est également plus faible. Cela peut s'expliquer par une baisse de vigilance des professionnels référents à distance du lancement de ce dépistage, et peut être par la difficulté d'avoir suffisamment de temps pour expliquer à la femme ce dont il s'agit.

➤ Les cours de préparation à l'accouchement :

On a déjà vu que ces cours étaient plus suivis en 2001 qu'en 1998, et on peut s'en féliciter car on peut mettre en évidence que pour les femmes qui ont suivi ces cours, la douleur en salle d'accouchement semble moins élevée, car ce sont souvent ces cours qui apportent des informations sur l'accouchement, l'allaitement ... Un bémol est à apporter sur la date tardive de début des cours : celle-ci est en général fixée au 7^{ème} mois (souvent au début du congé de maternité), ce qui me paraît un peu tard. En effet, cela empêche une partie des femmes qui accouchent prématurément ou au début du 9^{ème} mois d'avoir une information complète (notamment sur les efforts de poussée lors de l'accouchement et sur l'allaitement qui sont souvent traités à la fin de la série de cours), et cela apporte des informations beaucoup trop tardives sur l'alimentation durant la grossesse, les précautions à prendre, le déroulement physiologique de la grossesse, les signes d'alerte qui doivent pousser à consulter... Bien sur, d'autres intervenants pourraient apporter ces informations, mais étant donné la durée de la consultation, cela me semble difficile et cela explique peut-être en partie pourquoi les femmes se tournent beaucoup vers les livres et les magazines pour répondre à leurs questions.

➤ L'information reçue :

D'autre part, un volet important du suivi est l'information donnée aux patientes. Dans cet échantillon, on remarque que l'information fournie par les médecins généralistes est souvent jugée médiocre par les femmes, en particulier concernant le déroulement de la grossesse, le suivi et les précautions à prendre. Ceci est peut-être dû à un désintéressement croissant pour la grossesse de la part des médecins généralistes puisque les femmes ne se tournent plus vers eux pour leur suivi, ou peut-être est-ce également lié à un problème de temps et de rémunération : passer 30 min avec une femme pour bien répondre à ces questions est très intéressant mais beaucoup moins attrayant sur le plan financier que pour le spécialiste. Il faut tout de même noter que compte tenu des faibles effectifs de femmes informées par les médecins généralistes, ces résultats sont à pondérer.

A propos de l'anesthésie, il semble évident au vu des résultats de ce questionnaire que seuls les anesthésistes apportent une bonne information concernant l'anesthésie. Là aussi, le problème n'est certainement pas celui de la compétence, mais plutôt une facilité de la part des autres professionnels : puisque l'anesthésiste est là, pourquoi « perdrons-nous du temps » à expliquer cela ? La question qui se pose est donc la suivante : la consultation avec l'anesthésiste est-elle nécessaire en dehors de l'information quelle apporte ? Dans ce cas il faut la rendre obligatoire, sinon, il serait souhaitable de réserver cette consultation pour les femmes ayant des problèmes particuliers. L'information concernant l'anesthésie pourrait alors être donnée par les autres professionnels lors des consultations ou lors des cours de préparation à l'accouchement. D'ailleurs, dans l'étude réalisée en 1992 – 1993 dans 9 services de gynécologie – obstétrique européens [20], aucun service ne réalise de façon systématique une consultation pré-anesthésique.

Concernant l'information sur l'accouchement, il semble ici aussi évident que les praticiens réalisant ce geste (sages femmes et gynécologues obstétriciens) sont les plus à

même d'expliquer à la femme comment cela va se dérouler. Cette information peut alors être apportée lors des consultations de fin de grossesse (8^{ème} et 9^{ème} mois) ou lors des cours de préparation. En pratique, on constate que dans mon échantillon, c'est effectivement ce qui se produit.

Au sujet de l'allaitement, l'information est donnée essentiellement par les sages femmes, lors des cours de préparation ou parfois en suites de couches. Le médecin généraliste n'apporte quasiment jamais cette information alors que c'est lui qui risque d'être confronté aux petits soucis de l'allaitement quand la femme sera rentrée chez elle. L'attitude adoptée peut être liée à la fois à un manque de temps et à la difficulté d'expliquer les choses alors que l'enfant n'est pas encore né et que de nombreuses questions plus « urgentes » se présentent aux femmes (concernant l'accouchement notamment). L'information est donc certainement apportée plus souvent après la sortie de la maternité.

A propos du retour à domicile, l'information est jugée mauvaise dans la plupart des cas, sans différence significative entre les informateurs, et si le sujet est difficile à aborder avant la naissance (comme pour l'allaitement), on pourrait proposer d'organiser comme dans certaines maternités une information à ce sujet pendant le séjour des femmes en suites de couches.

Le mode d'information est principalement lié à l'informateur, mais on peut noter que pour l'ensemble des sujets, l'information apportée par les livres, les magazines et les discussions avec la famille et les amis, est jugée mauvaise par les femmes, même si elle a certainement son importance notamment pour les rassurer.

➤ Le déroulement de l'accouchement :

Concernant l'accouchement, son déroulement semble différer entre 1998 et 2001 : bien que le taux de présentation céphalique soit identique, il semble que le pourcentage de réalisation de manœuvres externes ou de césariennes soit plus élevé en 2001, et que le taux de déclenchements du travail soit plus faible par rapport à 1998. Par ailleurs, le nombre d'enfants de poids de naissance inférieur à 2500g semble plus faible dans notre échantillon, peut-être en partie grâce à la baisse de la consommation de tabac pendant la grossesse.

➤ En conclusion :

Le suivi des femmes interrogées est assez proche des recommandations, mais le point noir de cette surveillance est l'information apportée aux femmes. En effet, même si globalement les femmes se trouvent bien informées, il faut noter que concernant les explications sur l'accouchement, l'allaitement et le retour à domicile, des efforts sont à faire de la part des professionnels de santé pour mieux répondre à la demande des femmes.

5.7. Les conséquences du choix du professionnel référent sur le suivi de la grossesse, l'accouchement et le post-partum :

➤ Les consultations et les examens :

Le nombre de consultations ne varie pas d'un professionnel référent à un autre comme l'avait montré une étude réalisée en 1996 au Havre [26], mais la durée de la consultation est significativement plus élevée avec les médecins généralistes et les sages femmes. Bien que les durées annoncées paraissent légèrement surévaluées, la différence persiste entre les différents professionnels référents. Cela peut être la cause ou la conséquence de la répartition du suivi des femmes enceintes : plus les femmes se dirigent vers les gynécologues, plus ils sont surchargés et moins ils ont de temps à consacrer à chacune, ou bien, plus la consultation est longue chez le médecin généraliste, moins il peut se permettre de suivre de femmes enceintes tant du point de vue financier que du point de vue de l'organisation de son travail. Cette diminution du temps de consultation est préjudiciable à la femme et renforce le rôle des intervenants parallèles (sages femmes des cours de préparation, consultations supplémentaires chez le médecin généraliste) car il semble difficile en 15 min de faire déshabiller une femme, l'examiner, répondre à ces questions et prescrire les examens ou traitements éventuels. La femme choisit-elle peut-être en se faisant suivre par un gynécologue de ne lui confier que la partie « technique » (c'est à dire l'examen clinique proprement dit et éventuellement les échographies), et de consulter quelqu'un d'autre pour avoir des réponses à ses questions (médecin généraliste, sage femme). Cela expliquerait que 49.2% des femmes ayant pour professionnel référent un gynécologue obstétricien aient vu deux à quatre intervenants pendant leur grossesse.

Le nombre d'échographies et les taux de proposition et de réalisation du test de dépistage du risque de la trisomie 21 ne varient pas d'un professionnel référent à un autre.

Dans cette enquête, il n'a pas été possible d'évaluer la prescription de sérologies et d'analyses d'urines, mais l'enquête du Havre [26] avait montré que :

- les gynécologues notent plus souvent la hauteur utérine, les bruits du cœur fœtal, l'état du col, glycosurie et albuminurie et les échographies ;
- les facteurs biomédicaux (âge, usage de drogue, pathologies incidentes, antécédents...) sont plus souvent recherchés par les gynécologues, les facteurs psychosociaux par les médecins généralistes ;
- les deux groupes dépistent autant de grossesses à risques

Ces données permettent de penser qu'il n'y a pas de différence de compétence importante entre les différents intervenants en ce qui concerne les grossesses à bas risques et le dépistage des grossesses à risques.

➤ Les cours de préparation à l'accouchement :

Le taux de participation pour l'ensemble des femmes interrogées, est plus élevé pour les femmes suivies par un médecin généraliste ou un gynécologue médical. Cela confirme ce qui était évoqué plus haut : les professionnels référents n'ayant pas le temps ou peut-être l'envie ou la compétence d'apporter les informations sur l'accouchement, l'allaitement et le retour à domicile, ils favorisent la participation à ces cours. On peut aussi espérer qu'ils pensent améliorer la tolérance de la douleur au moment de l'accouchement, ainsi que la qualité de la poussée au moment de l'expulsion.

Le taux est faible pour les femmes suivies par une sage femme, ce qui est assez logique : puisque ce sont les sages femmes qui réalisent ces cours, elles donnent probablement les informations tout au long du suivi aux femmes qu'elles voient en consultation et la participation aux cours devient alors moins nécessaire.

➤ L'information :

En ce qui concerne le déroulement de la grossesse et le suivi, on constate que le plus souvent, l'informateur est différent du professionnel référent, avec un fréquent report vers les sages femmes (des cours de préparation). Mais comment une femme peut elle être bien informée sur ces deux sujets qui concernent en grande partie le début de la grossesse, au 7^{ème} ou 8^{ème} mois de grossesse. Il existe à ce sujet un vrai problème : soit les professionnels référents doivent s'investir plus et informer les femmes, soit ce rôle incombe aux sages femmes et dans ce cas il semble nécessaire de faire débiter les cours beaucoup plus tôt.

Pour les précautions à prendre, la concordance est plutôt bonne, en revanche pour, l'anesthésie, l'allaitement et le retour à domicile, la différence est nette et s'explique comme on l'a déjà vu par l'importance des consultations pré-anesthésiques et des cours de préparation. Pour ces sujets, il est moins gênant que l'information arrive plus tardivement.

➤ L'accouchement :

Le vécu de l'accouchement est plutôt bon dans l'ensemble, mais il semble qu'il soit plus mauvais lorsque le médecin généraliste est le professionnel référent, sans que cette différence persiste si l'on étudie que les femmes n'ayant pas eu de problèmes. Cette tendance observée est toutefois difficile à analyser car elle porte sur un sous-groupe ne comportant que 9 femmes. De plus, en ce qui concerne la douleur, cette différence n'est pas retrouvée. Par ailleurs, il est possible que les femmes suivies par ces médecins généralistes aient eu plus d'accouchement difficiles que les autres.

➤ L'enfant :

Heureusement, on ne retrouve pas de différence entre les professionnels référents concernant le taux de prématurité et le score d'Apgar à 5 min.

En revanche, on constate que les femmes suivies par un gynécologue ou une sage femme emmèneront plus leur enfant voir un pédiatre que celles suivies par un médecin généraliste, confirmant ainsi l'hypothèse de départ, et ce indépendamment de la profession de la femme. Cela peut s'expliquer par le besoin de poursuivre un suivi par un spécialiste, ou la « peur » de retourner voir un médecin généraliste que l'on avait pas choisi pour la surveillance de sa grossesse. Le facteur financier ne semble donc pas jouer de rôle là non plus dans le choix de l'intervenant.

➤ En conclusion :

D'après ces différentes données, on ne retrouve pas de différence significative sur la qualité du suivi ainsi que sur le déroulement de l'accouchement et l'état de santé de l'enfant à la naissance.

Le critère de non choix du médecin généraliste « Pas compétent » cité par de nombreuses femmes ne se vérifie donc pas dans cette étude, soit parce qu'effectivement, il n'y a pas de différence pour les grossesses à bas risques, soit parce que mon échantillon n'était pas suffisamment important pour mettre en évidence une telle différence (notamment compte tenu du faible effectif de femmes suivies par un médecin généraliste), soit encore parce qu'il existe des différences qui n'ont pas été étudiées avec ce questionnaire (en particulier en ce qui concerne la prescription des examens complémentaires).

Il existe par ailleurs des éléments en faveur du médecin généraliste : un meilleur taux de participation aux cours de préparation à l'accouchement et une durée de consultation supérieure.

Parallèlement, le défaut principal de l'ensemble des médecins dans cette étude est le manque d'informations apportées aux femmes : qu'ils soient médecins généralistes ou gynécologues, ils ne s'investissent pas suffisamment dans l'information de leurs patientes et préfèrent laisser ce rôle aux sages femmes, en particulier concernant le retour à domicile et l'allaitement. Ceci semble encore plus important pour les médecins généralistes alors que ce sont eux qui seront confrontés par la suite aux pathologies de l'allaitement et aux problèmes liés au retour à domicile. C'est donc certainement l'un des paramètres à perfectionner pour améliorer la surveillance.

5. 8. Synthèse :

Les résultats de cette enquête montrent donc une perte de confiance des femmes enceintes en les médecins généralistes mais aussi un culte du spécialiste auquel on accède directement. Face à cela, il me paraît nécessaire de rétablir une relation de confiance entre femmes enceintes et généralistes, et de prouver à ces femmes que leur médecin traitant est bien leur interlocuteur privilégié. En effet, il est sans doute le mieux placé pour évaluer la patiente dans son ensemble, puisqu'il connaît son mode de vie et son milieu social, familial et professionnel. De plus, ce travail montre qu'il n'y a pas de différence de qualité du suivi entre les différents intervenants mais que le médecin généraliste prend plus de temps avec la patiente à chaque consultation. Le suivi par un généraliste est donc plutôt favorable pour la femme, surtout du point de vue de la relation qui s'instaure entre la patiente et le médecin, grâce à ce temps supplémentaire. Cette intervention du généraliste n'a bien sûr pas pour but de « déposséder » les gynécologues. Il s'agit plutôt de partager le suivi de la femme enceinte afin d'optimiser la surveillance en terme de qualité et de bien-être de la parturiente, et d'améliorer un certain nombre de paramètres, en particulier la qualité de l'information apportée tout au long de la grossesse.

Pour que les femmes reprennent confiance, cela suppose en premier lieu que les médecins généralistes se sentent capables de suivre ces grossesses et donc qu'ils aient été formés à ce sujet. Des progrès sont sans doute à faire dans ce sens, puisque, comme le montrait une thèse de 1999 [23], les médecins généralistes s'estiment mal formés à ce sujet, tant par le cursus universitaire que par la formation continue. Il est également nécessaire que l'ensemble des intervenants, et en particulier les médecins généralistes, fasse un effort important concernant l'information apportée aux femmes : il n'est pas satisfaisant que les femmes ne soient pas informées par leur professionnel référent sur le déroulement de la grossesse, le suivi et les précautions à prendre, de même qu'il n'est pas logique que les

explications relatives à l'allaitement et au retour à domicile ne soient abordées que dans le post-partum immédiat. Par ailleurs, pour rappeler aux femmes que le médecin généraliste est bien placé pour les suivre tout au long de leur grossesse, il serait peut-être utile de réaliser une campagne d'information.

On pourrait proposer un schéma type du suivi de la femme enceinte associant les médecins généralistes, les sages femmes et les gynécologues, sans qu'il n'y ait ni interférence ni multiplication du nombre de consultations. Le médecin généraliste pourrait être responsable du suivi du 1^{er} trimestre, c'est à dire du diagnostic de grossesse et de la déclaration, ainsi que de la prescription de l'ensemble des examens nécessaires. On pourrait imaginer ensuite une consultation du 4^{ème} mois avec un intervenant de l'équipe obstétricale, afin de réaliser un 1^{er} contact entre la femme et cette équipe, et de dépister un certain nombre de facteurs de risques nécessitant un suivi particulier ou plus rapproché. Le médecin généraliste réaliserait ensuite les consultations des 5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème} mois (et d'autres si besoin) puis la femme retournerait voir l'équipe obstétricale pour les consultations du ou des deux derniers mois afin d'évaluer le pronostic obstétrical. Ce schéma permet à la femme d'avoir, dès le 2^{ème} trimestre de la grossesse, un dossier obstétrical (et non pas simplement un dossier administratif) dans la maternité où elle désire accoucher, facilitant ainsi sa prise en charge, en cas d'urgence durant de sa grossesse. En effet, d'après G. Dauplain, l'absence de consultation dans la maternité d'accouchement majore le risque d'aboutir en unité de soins intensifs en cas de complication sévère [13]. Ce premier contact facilite également le travail du médecin généraliste, qui en cas de besoin sait à quel interlocuteur s'adresser.

Dans cette hypothèse, je n'ai pas précisé la place des gynécologues médicaux. Il est vrai qu'elle est difficile à définir. Ils ont un rôle qui se rapproche de celui des médecins généralistes puisqu'ils ne pratiquent pas d'accouchements, mais ils ne connaissent pas

l'ensemble de la famille et peu le milieu social de la femme ; parallèlement, ils sont souvent choisis par les femmes parce qu'ils sont des spécialistes (a contrario des généralistes). Compte tenu de la disparition du diplôme de gynécologie médicale, les femmes qu'ils suivaient devront choisir un autre interlocuteur. Si les médecins généralistes (en particulier les médecins généralistes femmes) sont suffisamment formés et motivés pour suivre des grossesses, les femmes enceintes se dirigeront peut-être vers eux plutôt que vers les obstétriciens (dont les capacités d'accueil sont déjà saturées).

Quant aux sages femmes, elles pourraient occuper une place parallèle à celle des médecins généralistes : participer au suivi des grossesses à bas risques, notamment pour les femmes qui préfèrent dissocier le suivi de la grossesse et le suivi d'autres pathologies, aider le médecin généraliste et le gynécologue pour le suivi des grossesses pathologiques (en particulier en pratiquant des enregistrements tocographiques et du rythme cardiaque fœtal entre les différentes consultations de surveillance), poursuivre la réalisation des cours de préparation à l'accouchement et de la rééducation post-natale.

Des schémas plus ou moins comparables existent déjà dans d'autres pays européens, avec des résultats satisfaisants. Ainsi au Royaume Uni, une étude réalisée entre 1987 et 1989 [7] a montré une baisse de la mortalité périnatale de 7.6 à 6.3 pour mille, après la mise en place d'une organisation selon laquelle les femmes enceintes à bas risque étaient suivies uniquement par des médecins généralistes ou des sages femmes.

De plus il faut noter que la mortalité périnatale n'est pas corrélée au nombre d'obstétriciens. En effet, en 1991, la mortalité périnatale était de 7.8/100 000 avec 4 gynécologues obstétriciens pour 100 000 habitants aux Pays Bas et de 10.4/100 000 avec 8 gynécologues obstétriciens pour 100 000 habitants en France. De même, on constate un taux de mortalité périnatale de 9.6 au Royaume Uni avec 17.7 obstétriciens pour 100 000 habitants et 12.8 en Italie avec 22.5 obstétriciens pour 100 000 [21]. La qualité des soins exprimée par

le taux de mortalité périnatale n'est donc pas proportionnelle au nombre d'obstétriciens, elle dépend de l'organisation des soins : place du médecin généraliste, rôle des sages femmes, éducation sanitaire des populations et peut-être législation sociale [21].

Pour confirmer les résultats de cette étude, il faudrait réaliser un travail portant sur un échantillon plus important. Cela permettrait d'étudier par exemple plus de femmes suivies par un médecin généraliste et plus de femmes nées à l'étranger ou dont les parents ne sont pas nés en France, afin de mettre en évidence d'éventuels liens comme le rôle de l'éducation familiale ou du sexe du médecin généraliste dans le choix du professionnel référent. On pourrait également imaginer d'inclure les femmes ne parlant pas le français (avec l'aide d'un interprète) afin de prendre en compte les caractéristiques propres à ces femmes, et de rajouter la recherche d'autres critères de qualité du suivi (examens complémentaires...). De plus, il serait alors intéressant de demander aux femmes pourquoi et à quel moment elles choisissent un gynécologue pour leur suivi en dehors de toute grossesse, et non un médecin généraliste. Le rôle de l'éducation serait peut-être alors mis en évidence, et pourrait expliquer en partie ce culte du spécialiste. Cela confirmerait aussi peut-être l'influence de la catégorie socioprofessionnelle et du niveau d'études dans le choix de ce professionnel référent, et ce sur un échantillon plus important.

Conclusion :

Cette enquête réalisée auprès de 200 femmes ayant accouché dans l'une des 6 maternités de la circonscription de Grenoble en mai et juin 2001, met en évidence, dans la limite de la validité de ce travail, un fait capital : le médecin généraliste n'a plus sa place actuellement dans le suivi de la femme enceinte, et ce sont les gynécologues et surtout les obstétriciens qui effectuent la très grande majorité des consultations de surveillance de la grossesse. Les différentes caractéristiques des femmes interrogées ne modifient pas cette répartition, sauf en ce qui concerne la catégorie socioprofessionnelle et le niveau d'études des femmes, mais compte tenu des différences observées pour ces deux paramètres avec l'enquête périnatale de 1998, ces relations ne peuvent s'appliquer qu'à cet échantillon et devront être confirmées par d'autres études pour pouvoir être extrapolées à l'ensemble de la population.

Cette étude a montré également que le choix du professionnel référent se base sur deux principaux critères : l'existence d'un suivi antérieur par un gynécologue et, pour celles qui n'en avaient pas, la réputation des médecins et les conseils du corps médical, de la famille ou d'amis. A l'inverse, le non choix des généralistes semble dû essentiellement à une perte de confiance des femmes en les capacités de ces médecins, qu'elles ne jugent pas compétents pour suivre leur grossesse, ainsi qu'à un manque de technicité de ces médecins qui ne pratiquent ni échographies ni accouchements.

Pour autant, ce manque supposé de compétence n'est pas confirmé : ce travail montre qu'il n'y a pas de différence de qualité du suivi entre les différents intervenants mais que le médecin généraliste prend plus de temps avec la patiente à chaque consultation. De plus, il ressort qu'en général, les professionnels référents qu'ils soient médecins généralistes ou gynécologues, ne s'investissent pas suffisamment dans l'information de leurs patientes et

préfèrent laisser ce rôle aux sages femmes, en particulier en ce qui concerne le retour à domicile et l'allaitement.

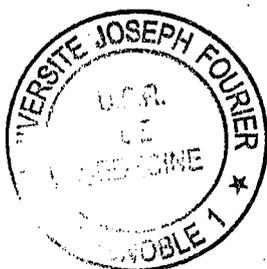
Devant ce déplacement des rôles dans le suivi de la grossesse, il semble nécessaire de faire retrouver aux femmes (et aux médecins généralistes) une confiance en le médecin de famille qui devrait être l'interlocuteur privilégié avant de consulter un spécialiste. Cela permettrait de partager le suivi de la femme enceinte afin d'optimiser la surveillance en terme de qualité et de bien-être de la parturiente, et d'améliorer un certain nombre de paramètres, en particulier la qualité de l'information apportée tout au long de la grossesse.

Pour compléter cette étude, il faudrait réaliser un travail portant sur un nombre plus élevé de femmes. Cela permettrait peut-être de confirmer les liens et certaines des tendances observés.

Maintenant que nous possédons un certain nombre de données à ce sujet, à nous, médecins généralistes, gynécologues et sages femmes de faire changer les choses pour que les femmes enceintes soient suivies le mieux possible et pour que chaque intervenant retrouve sa place dans le circuit de la surveillance.

Vu et permis d'imprimer
Grenoble le :

Le Doyen
J.L. Debra



Le Président de Thèse
Professeur Pons

7. Bibliographie :

- [1] : F. AGUZZOLI, Ph. LE FUR, C. SERMET
Clientèle et motifs de recours en médecine libérale,
CREDES, 1994
- [2] : ANAES,
Guide de surveillance de la grossesse,
ANDEM, 1996
- [3] : BERGOGNE A.,
Un avenir démographique inquiétant,
Le Concours Médical, 2001, 123-39, 2666-2667
- [4] : B. BLONDEL,
Utilité du suivi des grossesses, risques des grossesses peu ou pas suivies,
La Presse Médicale, 1995, 24, 22 : 1015-1016
- [5] : B. BLONDEL, G. BREART,
Mortinatalité et mortalité néonatale,
Encyclopédie médico-chirurgicale (Elsevier Paris), Obstétrique, 5-077-C-20, 1999
- [6] : B. BLONDEL, G. BREART, Ch. DU MAZAUBRUN, G. BADEYAN, M. WCISLO,
A. LORDIER, N. MATET,
La situation périnatale en France, Evolution entre 1981 et 1995
J. Gynecol. Obstet. Reprod., 1997, 26 : 770-780
- [7] : BLONDEL B., GRANDJEAN H.,
Prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux-nés dans les grossesses à bas
risque,
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998, 27 (suppl. n°2), 8-20
- [8] : B. BLONDEL, J. NORTON, C. DU MAZAUBRUN, G. BREART,
Enquête nationale périnatale – 1998-
Ministère de l'emploi et de la solidarité, INSERM
- [9] : M. H. BOUVIER-COLLE, N. VARNOUX, G. BREART,
Les morts maternelles en France,
Analyses et perspectives (INSERM), 1994, chap. 1 : 7-10
- [10] : J.-Y. CHAMBONNET, R. SENAND, N. COLLET,
Surveillance de la grossesse: que font les médecins généralistes ?
La Revue du Praticien – Médecine Générale, 1999, 13, 447 : 169-172
- [11] : Y. CHANY, Ph. SOUTEYRAND, J.-L. MEYER, C. COLLANGE et M.-A. BRUHAT
Prise en charge commune des grossesses à risque par le médecin généraliste et
l'obstétricien,
Revue du Praticien – Médecine Générale, 1987, 37, 9 : 441-445

- [12] : CPAM, Administration Générale
- [13] : DAUPTAIN G., ROTTEN D.,
Soins périnataux: avantages et inconvénients du fonctionnement en réseau
Analyse et point de vue des obstétriciens de Centres Hospitaliers Généraux
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998, 27 (suppl. n°2), 110-116
- [14] : DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ETUDES DE L'EVALUATION ET DES
STATISTIQUES,
Données sur la situation sanitaire et sociale en France – 1999- p26-31.
- [15] : EUROSTAT ,
Annuaire 97 : Vue statistique sur l'Europe 1986-96
Office des publications officielles des communautés européennes, 1997
- [16] : INSEE
Volume : Composition communale des unités urbaines,
Série : Codes et Nomenclatures,
Avril 2000
- [17] : INSEE,
Recensement de la population de 1990,
Commune de Grenoble, Tableau POP 5.1
- [18] : INSEE Rhone Alpes,
L'activité et l'emploi en Isère,
La santé observée en Isère, 1997
- [19] : O. KREMP,
Protection prénatale, Mortalité périnatale,
La Revue du Praticien – Monographie, 1998, 48 : 1233-1238
- [20] : B. LANGER, M.-P. CANEVA, G. SCHLAEDER,
La surveillance prénatale de routine en Europe : comparaison de l'expérience de 9
services de Gynéco-Obstétrique situés dans 8 pays différents,
J. Gynecol. Obstet . Biol. Reprod., 1997, 26: 358-366
- [21] : J. LANSAC,
Le devenir de la Gynécologie-Obstétrique en Europe,
J. Gynecol. Obstet. Reprod., 1997, 26 : 329-332
- [22]: Ph. LE FUR, C. SERMET,
Clientèle, morbidité, prescriptions en médecine libérale,
CREDES, 1985
- [23]: E. LEMONIER,
Modalités de surveillance des grossesses par les médecins généralistes,
Thèse médecine, Nantes, 1999

- [24] : F. LICHERE,
La surveillance de la grossesse chez les femmes traditionnelles immigrées,
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1991, 20 : 63-68
- [25] : G. MAGNIN,
Surveillance d'une grossesse normale. Le généraliste est-il le mieux placé ?
La revue du praticien – Médecine générale, 1995 ; 9 : 15-18
- [26] : J.-P. MAIRESSE, S. AULANIER, P. DESCAMPS, J.-F. GOMMEZ, L. PAZART,
ANAES, P. CARON, P. CHAUVEAU, J.-P. CHABROLLE,
Dépistage des grossesses à risques,
La Revue du Praticien – Médecin Générale, 1998, 12, 406 : 29-36
- [27] : N. MAMELLE, P. LOMBRIL, J.-C. ROZE,
Indicateurs et Outils d'Evaluation des Réseaux de Soins Périnataux,
2000
- [28] : MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE,
Haut Comité de la Santé Publique
La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan
périnatalité,
Collection Avis et Rapports, Editions ENSP, 1994, 66-68
- [29] : PAPIERNIK E.,
Les différentes modalités d'organisation des soins périnataux en fonction du contexte
de la démographie et des contraintes budgétaires,
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998, 27 (suppl. n°2), 76-84
- [30] : D. POUCHAIN, C. ATTALI, J. DE BUTLER, G. CLEMENT, B. GAY, J. MOLINA,
P. OLOMBEL, J.-L. ROUY,
La surveillance des femmes enceintes,
Médecine Générale, Concepts et Pratiques (MASSON), 1996, 171, 831-852
- [31] : J. M. THOULON,
Prévention de la prématurité,
La Revue du Praticien – Monographie, 1995, 45, 1737-1741
- [32] : J. SIKORSKI, J. WILSON, S. CLEMENT, S. DAS, N. SMEETON,
A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits :the antenatal
care project,
BMJ 1996; 312 : 546 –53
- [33] : VENDITTELLI F., JANKY E.,
Suivi clinique et paraclinique d'une grossesse normale,
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001, 30, 51-58

Annexe

Codage : _____

QUESTIONNAIRE

1-Votre état civil:

- 1.1. Age: _____ ans
- 1.2. Votre lieu de naissance :département (n°) : _____ ou pays : _____
- 1.3. Lieu de naissance de votre père : département (n°) : _____ ou pays : _____
- 1.4. Lieu de naissance de votre mère :département (n°) : _____ ou pays : _____
- 1.5. Nationalité: _____
- 1.6. Situation familiale: **A)** mariée, **B)** en union libre, **C)** célibataire
- 1.7. Ville où vous résidez: _____
- 1.8. Code postal: _____
- Niveau d'études :
- 1.9. Votre niveau d'études: _____
- 1.10. Celui de votre conjoint:
- A)** non scolarisé
 B) scolarisé en primaire
 C) scolarisé jusqu'en 3ème générale
 D) scolarisé jusqu'en 3ème technique ou professionnelle ou CAP
 E) scolarisé jusqu'en terminale dans l'enseignement général
 F) scolarisé jusqu'en terminale dans le technique
 G) BAC ou BAC +1
 H) BAC + 2 à +4
 I) BAC + 5 et plus
 J) ne sait pas

1.11. Votre profession:

- 1.11.1. Codage INSEE : _____
- 1.11.2. Si arrêt d'activité, métier antérieur : _____
- 1.11.3. Codage INSEE : _____

1.12. La profession de votre conjoint :

- 1.12.1. Codage INSEE : _____
- 1.12.2. Si arrêt d'activité, métier antérieur : _____
- 1.12.3. Codage INSEE : _____

2- Vous et la santé:

Avant votre grossesse aviez-vous dans le département:

- 2.1. Un médecin généraliste : oui non
 Si oui : 2.1.1. **A)** homme, **B)** femme
 2.1.2. Exerçant **A)** en cabinet libéral, **B)** au centre de planification
 2.1.3. Depuis combien de temps : **A)** moins de 1 an, **B)** entre 1 et 5 ans, **C)** entre 6 et 10 ans, **D)** plus de 10 ans
- 2.2. Un gynécologue médical : oui non
 Si oui : 2.2.1. **A)** homme, **B)** femme
 2.2.2. Exerçant : **A)** en cabinet libéral uniquement,
B) à l'hôpital ou PSPH (et éventuellement en cabinet libéral),
C) en clinique (et éventuellement en cabinet libéral),
D) au centre de planification
 2.2.3. Depuis combien de temps :
A) moins de 1 an, **B)** entre 1 et 5 ans, **C)** entre 6 et 10 ans, **D)** plus de 10 ans
- 2.3. Un gynéco-obstétricien : oui non
 Si oui : 2.3.1. **A)** homme, **B)** femme
 2.3.2. Exerçant : **A)** en cabinet libéral uniquement,
B) à l'hôpital ou PSPH (et éventuellement en cabinet libéral),
C) en clinique (et éventuellement en cabinet libéral),
D) au centre de planification
 2.3.3. Depuis combien de temps :
A) moins de 1 an, **B)** entre 1 et 5 ans, **C)** entre 6 et 10 ans, **D)** plus de 10 ans

Votre situation par rapport aux structures de soins :

- 2.4. A quelle distance de votre domicile se trouve le médecin généraliste le plus proche:
A) moins de 10Km, **B)** entre 10 et 20Km, **C)** plus de 20Km, **D)** ne sait pas ?
- 2.5. A quelle distance de votre domicile se trouve le gynécologue médical le plus proche:
A) moins de 10Km, **B)** entre 10 et 20Km, **C)** plus de 20Km, **D)** ne sait pas ?
- 2.6. A quelle distance de votre domicile se trouve le gynéco-obstétricien le plus proche:
A) moins de 10Km, **B)** entre 10 et 20Km, **C)** plus de 20Km, **D)** ne sait pas ?
- 2.7. A quelle distance de la maternité habitez-vous:
A) moins de 10Km, **B)** entre 10 et 20Km, **C)** plus de 20Km, **D)** ne sait pas ?

Votre état de santé :

- 2.8. Taille: _____ cm
- 2.9. Poids avant la grossesse: _____ Kg

2.10. Aviez-vous des problèmes de santé particuliers avant votre grossesse ? oui, non

Si oui, 2.10.1. 1^{er} problème de santé :

2.10.2. 2^{ème} problème de santé :

2.11. Suiviez-vous un traitement médicamenteux avant votre grossesse ? oui, non

Si oui, 2.11.1. Nom (s) :

2.11.2. Pour quel(s) problèmes ?

2.11.3. A t ' il été: **A)** poursuivi à l'identique, **B)** modifié, **C)** interrompu pendant votre grossesse

2.12. Tabac avant la grossesse: nombre de cigarettes par jour :

A) 0 B) 1 à 5 C) 6 à 10 D) 11 à 20 E) plus de 20

2.13. Alcool avant la grossesse: nombre de verres par semaine:

A) 0 B) 1 à 6 C) 7 à 20 D) plus de 20

2.14. Drogue avant la grossesse ? oui, non

3- Vos grossesses précédentes:

3.1. Avez-vous déjà été enceinte avant cette grossesse ? oui non

3.1.1. Si oui : Combien de fois (en dehors de cette grossesse) ?

Avez-vous accouché d'un enfant normal à terme ?

	3.1.2. 1 ^{ère} grossesse	3.1.3. 2 ^{ème} grossesse	3.1.4. 3 ^{ème} grossesse	3.1.5. 4 ^{ème} grossesse	3.1.6. 5 ^{ème} grossesse	3.1.7. 6 ^{ème} grossesse	3.1.8. 7 ^{ème} grossesse
A) enfant normal à terme							
B) enfant normal né avant 37 SA							
C) enfant anormal							
D) enfant mort-né							
E) fausse couche spontanée sans curetage							
F) fausse couche spontanée avec curetage							
G) I.V.G.							
H) I.T.G							

Le suivi des précédentes grossesses :

Professionnel de santé : A) Médecin généraliste habituel; B) Autre médecin généraliste; C) Gynécologue médical; D) Gynéco-obstétricien; E) Sage-femme ; F) Ne sait plus ; G) Médecin à l'étranger

Sexe : A) Homme ; B) Femme ; C) Ne sait plus ; D) Variable.

Lieu de consultation : A) Cabinet libéral ; B) Hôpital ou PSPH (Clinique mutualiste) ; C) Clinique ; D) Centre de planification ; E) Ne sait plus, F) A l'étranger.

3.2. Par qui avez-vous été suivie lors de votre 1^{ère} grossesse :

	Professionnel de santé	Sexe	Lieu de consultation
1 ^{er} Trimestre	3.2.1.	3.2.2.	3.2.3.
2 ^{ème} Trimestre	3.2.4.	3.2.5.	3.2.6.
3 ^{ème} Trimestre	3.2.7.	3.2.8.	3.2.9.

3.2.10. Si vous n'avez pas été suivie par un gynéco-obstétricien du lieu d'accouchement, combien de fois avez-vous vu le gynéco-obstétricien de la maternité ?

Les mêmes questions ont été posées pour chaque grossesse..

Le déroulement de vos précédentes grossesses :

3.9. Votre 1^{ère} grossesse a t'elle duré plus de 6 mois : oui, non

Si oui, avez-vous présenté les symptômes suivants:

3.9.1. Oedèmes: oui, non

3.9.2. Hypertension artérielle: oui, non

3.9.3. Prise de poids supérieure à 15 kg: oui, non

3.9.3.1. Si oui, combien :

3.9.4. Diabète: oui, non

3.9.5. Menace d'accouchement prématuré: oui, non

Mêmes questions pour les autres grossesses.

La préparation à l'accouchement :

3.16. Votre 1^{ère} grossesse a t'elle duré plus de 6 mois : oui, non

3.16.1. Si oui, avez-vous suivi des cours de préparation à l'accouchement ?

oui non

Si oui,

3.16.1.1. Qui réalisait ces cours :

A) MG habituel B) autre MG C) Gynécologue médical D) Gynéco-obstétricien E) Sage-femme

3.16.1.2. Où étaient-ils réalisés :

A) Cabinet de ville B) Hôpital ou PSPH où l'accouchement était prévu

C) Clinique où l'accouchement était prévu D) Centre de planification E) Domicile

- 3.16.1.3.** De quel type de préparation s'agissait il :
 A) Classique **B) Sophrologie** C) Haptonomie **D) Préparation en piscine**
 E) Yoga **F) Gymnastique rythmique**

Mêmes questions pour les autres grossesses.

Le déroulement de vos précédents accouchements :

- 3.23.** Lors de votre 1^{ère} grossesse, avez-vous eu **A) accouchement B) curetage**
 3.23.1 A) Aucune anesthésie **B) Une anesthésie péridurale**
 C) Une anesthésie générale **D) Rachianesthésie E) Sophrologie**
3.23.2. Utilisation de ventouses ou forceps : oui non
3.23.3. Une césarienne : oui non
3.23.4. Etait-ce **A) à l'hôpital ou PSPH B) en clinique C) à domicile D) à l'étranger**
3.23.5. Département (n°) ou pays:

Mêmes questions pour les autres grossesses.

L'allaitement de vos premiers enfants :

- 3.30.** Avez-vous allaité votre 1^{er} enfant:
A) oui, sans problème
 B) oui, avec difficultés
3.30.1. Précisez :
 C) non, je n'ai pas pu
3.30.2. Précisez :
 D) non, je ne voulais pas

Mêmes questions pour les autres enfants.

4- Votre grossesse actuelle:

- 4.1.** S'agissait il d'une grossesse multiple ? oui, non
4.2. Si oui, **A) jumeaux B) triplés**

Les toxiques pendant le grossesse :

- 4.3.** Tabac au 1^{er} trimestre de la grossesse: nombre de cigarettes par jour:
A) 0, B) 1 à 5, C) 6 à 10, D) 11 à 20, E) plus de 20
4.4. Tabac au 2^{ème} trimestre de la grossesse: nombre de cigarettes par jour :
A) 0, B) 1 à 5, C) 6 à 10, D) 11 à 20, E) plus de 20
4.5. Tabac au 3^{ème} trimestre de la grossesse: nombre de cigarettes par jour:
A) 0, B) 1 à 5, C) 6 à 10, D) 11 à 20, E) plus de 20
4.6. Alcool pendant la grossesse: nombre de verres par semaine:
A) 0 B) 1 à 6 C) 7 à 20 D) plus de 20
4.7. Drogue pendant la grossesse ? oui, non

Le déroulement de la grossesse :

Lors de votre grossesse avez-vous présenté les symptômes suivants:

- 4.8.** Oedèmes: oui, non
4.9. Hypertension artérielle: oui, non
4.10. Prise de poids supérieure à 15 kg : oui, non
4.10.1. Si oui, précisez combien :
4.11. Diabète: oui, non
4.12. Menace d'accouchement prématuré: oui, non
4.13. Avez-vous été suivie à domicile par une sage-femme: oui non
 Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?
4.13.1. 1^{ère} raison :
4.13.2. 2^{ème} raison :
4.14. Avez-vous été hospitalisée: oui non
 Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?
4.14.1. 1^{ère} raison :
4.14.2. 2^{ème} raison :
4.14.3. Et pendant combien de temps (jours) ?
4.15. Avez-vous suivi des cours de préparation à l'accouchement: oui non
 Si oui,
4.15.1. Qui réalisait ces cours :
 A) MG habituel **B) autre MG C) Gynécologue médical D) Gynéco-obstétricien**
 E) Sage-femme
4.15.2. Où étaient-ils réalisés :
 A) Cabinet de ville **B) Hôpital ou PSPH où l'accouchement était prévu**
 C) Clinique où l'accouchement était prévu **D) Domicile E) Piscine**
4.15.3. De quel type de préparation s'agissait il :
 A) Classique **B) Sophrologie C) Haptonomie D) Préparation en piscine**
 E) Yoga
4.15.4. A quel période ont-ils débuté (mois de grossesse) :

5- Le suivi de cette grossesse:**La déclaration de grossesse :**

5.1. Quel médecin a effectué votre déclaration de grossesse ?

A) MG habituel B) autre MG C) gynécologue médical D) gynéco-obstétricien E) Sage-femme F) Echographiste G) Endocrinologue

5.1.1. Est-ce : A) un homme B) une femme

5.1.2. Exerce-t il : A) en cabinet libéral uniquement,
B) à l'hôpital ou PSPH (et éventuellement en cabinet libéral),
C) en clinique (et éventuellement en cabinet libéral),
D) au centre de planification**Les consultations suivantes (en dehors des consultations réalisées lors d'éventuelles hospitalisations ou du suivi à domicile):**5.2. La consultation du 4^{ème} mois a été réalisée par :A) MG habituel B) autre MG C) gynécologue médical
D) gynéco-obstétricien E) sage-femme F) Echographiste G) Endocrinologue

5.2.1. Est-ce : A) un homme B) une femme

5.2.2. Exerce-t il : A) en cabinet libéral uniquement,
B) à l'hôpital ou PSPH (et éventuellement en cabinet libéral),
C) en clinique (et éventuellement en cabinet libéral),
D) au centre de planificationMêmes questions pour les consultations des 5^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} mois.

5.8. Consultation supplémentaire 1:

5.8.1. Période (mois de grossesse) :

5.8.2. Nombre de consultations supplémentaires pendant cette période faites par le même intervenant :

5.8.3. Par qui : A) MG habituel B) autre MG C) gynécologue médical D) gynéco-obstétricien E) sage-femme F) Echographiste
G) Endocrinologue

5.8.4. Est-ce : A) un homme B) une femme

5.8.5. Exerce-t il : A) en cabinet libéral uniquement,
B) à l'hôpital ou PSPH (et éventuellement en cabinet libéral),
C) en clinique (et éventuellement en cabinet libéral),
D) au centre de planification**Mêmes questions pour les autres consultations supplémentaires****Au total :** (non recueilli par l'interrogatoire)

5.16. Nombre d'intervenants :

5.17. 1^{er} intervenant (chronologiquement) :

5.17.1. Est-ce :

A) MG habituel B) autre MG C) gynécologue médical D) gynéco-obstétricien
E) sage-femme F) Echographiste G) Endocrinologue

5.17.2. Combien de consultations a t'il effectué :

5.18. 2^{ème} intervenant (chronologiquement) :

5.18.1. Est-ce :

A) MG habituel B) autre MG C) gynécologue médical D) gynéco-obstétricien
E) sage-femme F) Echographiste G) Endocrinologue

5.18.2. Combien de consultations a t'il effectué :

5.19. 3^{ème} intervenant (chronologiquement) :

5.19.1. Est-ce :

A) MG habituel B) autre MG C) gynécologue médical D) gynéco-obstétricien
E) sage-femme F) Echographiste G) Endocrinologue

5.19.2. Combien de consultations a t'il effectué :

5.20. 4^{ème} intervenant (chronologiquement) :

5.20.1. Est-ce :

A) MG habituel B) autre MG C) gynécologue médical D) gynéco-obstétricien
C) sage-femme F) Echographiste G) Endocrinologue

5.20.2. Combien de consultations a t'il effectué :

5.21. Intervenant ayant fait le plus de consultations :

A) MG habituel B) autre MG C) gynécologue médical D) gynéco-obstétricien
E) Sage-femme F) Echographiste G) Endocrinologue

5.22. Nombre total de consultations :

Votre professionnel de santé référent :

5.23. Pour vous, quel est le professionnel de santé qui a suivi votre grossesse ?

A) MG habituel B) autre MG C) gynécologue médical D) gynéco-obstétricien
D) Sage-femme F) Echographiste G) Endocrinologue H) Personne

5.23.1. Quel est la durée moyenne d'une consultation avec lui :

A) Moins de 15 min. B) Plus de 15 min.

5.23.2. Durée en minutes :

5.23.3. Sur quels critères l'avez-vous choisi : classer les 4 critères qui vous correspondent de 1 (critère le plus important) à 4 (critère le moins important).

5.23.3.1. 1^{er} critère :5.23.3.2. 2^{ème} critère :5.23.3.3. 3^{ème} critère :5.23.3.4. 4^{ème} critère :

5.24. Si vous avez été suivie par un gynécologue médical, pourquoi n'avez-vous pas choisi d'être suivie par un médecin généraliste ? Classer les 3 critères qui vous correspondent de 1 (critère le plus important) à 3 (critère le moins important).

- 5.24.1. 1^{er} critère :
 5.24.2. 2^{ème} critère :
 5.24.3. 3^{ème} critère :

5.25. Si vous avez été suivie par un gynéco-obstétricien, pourquoi n'avez-vous pas choisi d'être suivie par un médecin généraliste ? Classer les 3 critères qui vous correspondent de 1 (critère le plus important) à 3 (critère le moins important).

- 5.25.1. 1^{er} critère :
 5.25.2. 2^{ème} critère :
 5.25.3. 3^{ème} critère :

5.26. Si vous avez été suivie par une sage-femme, pourquoi n'avez-vous pas choisi d'être suivie par un médecin généraliste ? Classer les 3 critères qui vous correspondent de 1 (critère le plus important) à 3 (critère le moins important).

- 5.26.1. 1^{er} critère :
 5.26.2. 2^{ème} critère :
 5.26.3. 3^{ème} critère :

5.27. Si vous avez été suivie par un médecin généraliste, pourquoi n'avez-vous pas choisi d'être suivie par un gynécologue ? Classer les 3 critères qui vous correspondent de 1 (critère le plus important) à 3 (critère le moins important).

- 5.27.1. 1^{er} critère :
 5.27.2. 2^{ème} critère :
 5.27.3. 3^{ème} critère :

Les examens pendant cette grossesse :

5.28. Combien avez-vous eu d'échographies ?

5.29. Si vous étiez suivie par un gynécologue ou une sage-femme, y a t ' il eu une échographie à chaque consultation? oui non

5.30. L'évaluation biologique du risque de trisomie 21 vous a t'il été proposé: oui non

5.30.1. Si oui, a t'il été réalisé: oui non

5.31. Une amniocentèse a t'elle été réalisée : oui non

5.31.1. Si oui, pour quelle raison :

- A) Age
 B) ATCD familiaux
 C) Evaluation biologique montrant une forte probabilité de trisomie 21

Impression générale :

5.32. D'une façon globale, comment jugez-vous le suivi de votre dernière grossesse :

- A)Très bien B)Assez bien C)Assez mauvais D)Très mauvais

6- L'accouchement :

6.1. Nombre de jours après l'accouchement (jour de l'accouchement = J0) : J ____

Vécu de l'accouchement :

6.2. D'après vous, combien de temps a duré le travail avant votre entrée en salle d'accouchement :

- A) Moins de 2h B) Entre 2 et 4h59 C) Entre 5 et 7h D) Plus de 7h

6.3. Combien de temps êtes-vous restée en salle d'accouchement jusqu'au moment de la naissance:

- A) Moins de 2h B) Entre 2 et 4h59 C) Entre 5 et 7h D) Plus de 7h

6.4. Déterminez le vécu de votre accouchement grâce à cette réglette : /10

6.5. Déterminez votre douleur lors du travail avant l'entrée en salle d'accouchement grâce à cette réglette : /10

6.6. Déterminez votre douleur lors de votre présence en salle d'accouchement grâce à cette réglette : /10

Déroulement de l'accouchement :

6.7. Recueilli par A) l'interrogatoire B) la consultation du dossier médical

6.8. Déclenchement: oui non

- 6.8.1. Si oui : A) pour des raisons médicales
 B) pour convenance

6.8.2. Précisez les raisons médicales :

6.9. Déroulement de l'accouchement : eutocique oui non

6.10. Présentation en siège : oui non

6.11. Utilisation de ventouse ou de forceps oui non

6.12. Césarienne: oui non

- 6.12.1. Si oui :A) prévue en fin de grossesse
 B) non prévue, en urgence, avant travail
 C) en urgence pendant le travail

Pour quelle(s) raison(s) :

6.12.2. 1^{ère} raison :

6.12.3. 2^{ème} raison :

6.13. Délivrance : A) normale B) artificielle

- C) lors d'une césarienne

6.14. Anesthésie A) Péridurale B) Générale C) Pas d'anesthésie D) Rachianesthésie E)Locale

6.15. Lieu d'accouchement : A) Hôpital ou PSPH B) Clinique C) Domicile

7- L'enfant:

7.1. Poids de naissance: _____ g

7.2. Poids estimé avant l'accouchement: _____ g A) non estimé

7.3. Sexe :A) masculin B) féminin

7.4. Sexe prévu: A) masculin B) féminin C) non demandé

Données médicales :

7.5. Données recueillies par A) l'interrogatoire B) la consultation du dossier médical

7.6. Age gestationnel :

7.6.1. Semaines d'aménorrhée :

7.6.2. Jours :

7.7. Score d'APGAR à 5 min. :

7.8. Nécessité d'une hospitalisation: oui non

7.8.1. Pour quelle raison ?

7.9. Nécessité d'un transfert: oui non

7.9.1. Pour quel raison ?

7.10. Malformations: oui non

7.10.1. Si oui, étaient-elles : A) non attendues
B) attendues

7.10.2. Type de malformations :

Le suivi ultérieur :

Par qui pensez-vous faire suivre votre enfant par la suite (pour les visites mensuelles de contrôle):

7.11. A) pédiatre B) médecin généraliste C) ne sait pas

7.12. A) homme B) femme C) sans importance

8- L'allaitement:

8.1. Pensez-vous allaiter votre enfant ?

A) oui

B) oui, avec aussi des biberons

C) non, je ne peux pas

8.1.1. Préciser :

D) non, je ne veux pas

9-L'information

Qualité : A) Je ne souhaitais pas d'information à ce sujet B) non pas du tout C) non assez peu D) oui assez bien E) oui très bien

Par qui : A) MG habituel B) Autre MG C) Gynécologue médical D) Gynéco-obstétricien E) Sage-femme F) Moi-même G) Famille et amis H) Anesthésiste I) Diabétologue J) Auxiliaire puéricultrice K) Ensemble du corps médical L) Maternité M) Professeur de yoga N) Equipe de suite de couches

Par quels moyens : A) Consultation habituelle B) Consultation particulière pour avoir ces informations C) Séance de préparation à l'accouchement D) Livres et magazines E) Discussions F) Echographie G) Pose de la péridurale H) Hospitalisation I) Distribution d'un document J) Cours de yoga K) A la maternité avant l'accouchement L) Information en suites de couches après l'accouchement

9.1. Pendant votre grossesse, trouvez-vous que vous avez été bien informée sur le déroulement de la grossesse ?

9.1.1. Si vous souhaitiez cette information, par qui avez-vous été le mieux informée :

9.1.2. Par quels moyens :

9.2. Pendant votre grossesse, trouvez-vous que vous avez été bien informée sur l'intérêt et le déroulement du suivi ?

9.2.1. Si vous souhaitiez cette information, par qui avez-vous été le mieux informée :

9.2.2. Par quels moyens :

9.3. Pendant votre grossesse, trouvez-vous que vous avez été bien informée sur les précautions à prendre ?

9.3.1. Si vous souhaitiez cette information, par qui avez-vous été le mieux informée :

9.3.2. Par quels moyens :

9.4. Pendant votre grossesse, trouvez-vous que vous avez été bien informée sur l'anesthésie ?

9.4.1. Si vous souhaitiez cette information, par qui avez-vous été le mieux informée :

9.4.2. Par quels moyens :

9.5. Pendant votre grossesse, trouvez-vous que vous avez été bien informée sur l'accouchement ?

9.5.1. Si vous souhaitiez cette information, par qui avez-vous été le mieux informée :

9.5.2. Par quels moyens :

9.6. Pendant votre grossesse, trouvez-vous que vous avez été bien informée sur l'allaitement ?

9.6.1. Si vous souhaitiez cette information, par qui avez-vous été le mieux informée :

9.6.2. Par quels moyens :

9.7. Pendant votre grossesse, trouvez-vous que vous avez été bien informée sur le retour à la maison ?

9.7.1. Si vous souhaitiez cette information, par qui avez-vous été le mieux informée :

9.7.2. Par quels moyens :

10 - Données du dossier médical :

10.1. Etes-vous d'accord pour que je consulte votre dossier médical afin de compléter ce questionnaire, notamment en ce qui concerne les examens réalisés pendant votre grossesse et le déroulement de l'accouchement ? oui non

Déroulement de la grossesse :

10.2. Diabète : oui non

10.3. Hypertension artérielle : oui non

10.4. Oedèmes des membres inférieurs : oui non

10.5. Prise de poids supérieure à 15 Kg : oui non

10.5.1. Si oui, combien :

10.6. Menace d'accouchement prématuré : oui non

Sérologies réalisées:

10.7. En ce qui concerne la rubéole: situation immunitaire en début de grossesse : **A)** Sérologie positive **B)** Sérologie négative **C)** Statut non connu

10.8. Combien de fois cette sérologie a t'elle été faite durant la grossesse ?

10.9. En ce qui concerne la toxoplasmose: situation immunitaire en début de grossesse : **A)** Sérologie positive **B)** Sérologie négative **C)** Statut non connu **D)** Limite

10.10. Combien de fois cette sérologie a t'elle été faite durant la grossesse ?

10.11. En ce qui concerne l'hépatite B : situation immunitaire en début de grossesse : **A)** Sérologie positive (dont la vaccination) **B)** Sérologie négative **C)** Statut non connu

10.12. Combien de fois cette sérologie a t'elle été faite durant la grossesse ?

10.13. En ce qui concerne le SIDA : situation immunitaire en début de grossesse : **A)** Sérologie positive **B)** Sérologie négative **C)** Statut non connu

10.14. Combien de fois cette sérologie a t'elle été faite durant la grossesse ?

Examens d'urines réalisées:

10.15. Nombre de bandelettes:

10.16. Nombre de recherche glycosurie et albuminurie au laboratoire:

10.17. Nombre d' ECBU:

Abréviations:

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

Cf. : Confère

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CH : Centre Hospitalier

CNGOF : Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CREDES : Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé

EVA : Echelle Visuelle Analogique

IC₉₅ : Intervalle de Confiance à 95%

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

NFS : Numération Formule Sanguine

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières

SA : Semaine(s) d'Aménorrhée

SIIM : Service d'Information et d'Informatique Médicales

T21 : Trisomie 21

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

1. Introduction	p.5
2. Le suivi de la grossesse	p.9
2.1. Pourquoi le suivi ?.....	p.9
2.1.1. Quelques définitions.....	p.9
2.1.2. Les raisons du suivi.....	p.11
2.2. Qui réalise ce suivi ?.....	p.15
2.2.1. Un médecin généraliste.....	p.15
2.2.2. Une sage femme.....	p.16
2.2.3. Un gynécologue, médical ou obstétricien.....	p.16
2.3. Les modalités de surveillance.....	p.17
2.3.1. La première consultation.....	p.17
2.3.1.1. Affirmer le diagnostic de grossesse.....	p.17
2.3.1.2. Déterminer le terme.....	p.18
2.3.1.3. Dépister les facteurs de risques.....	p.18
2.3.1.4. Réaliser un examen clinique initial.....	p.19
2.3.1.5. Programmer les examens para-cliniques.....	p.20
2.3.1.6. Réaliser la déclaration de grossesse.....	p.22
2.3.1.7. Informer sur.....	p.22
2.3.2. Les autres consultations.....	p.23
2.3.3. Les consultations du 8 ^{ème} et 9 ^{ème} mois.....	p.26
2.3.4. La consultation du post-partum.....	p.28
2.4. Et dans les autres pays d'Europe ?.....	p.29

3. Objet de l'enquête : matériels et méthodes	p.30
3.1. Matériels	p.30
3.1.1. L'enquête	p.30
3.1.2. Critères d'inclusion.....	p.32
3.1.3. Critères d'exclusion.....	p.32
3.1.4. Le questionnaire	p.33
3.2. Méthodes d'analyse.....	p.34
3.2.1. Traitement des données	p.34
3.2.1.1. Validité de l'échantillon.....	p.34
3.2.1.2. La description de la population.....	p.36
3.2.1.3. Le professionnel de santé référent	p.38
3.2.1.4. Les critères de choix du professionnel référent	p.39
3.2.1.5. Les examens biologiques	p.42
3.2.1.6. La définition des grossesses à risques.....	p.42
3.2.1.7. La qualité de l'information reçue pendant la grossesse	p.42
3.2.2. Test statistiques utilisés	p.43
3.2.2.1. Test du Chi2	p.43
3.2.2.2. Test de concordance (Kappa).....	p.43
3.2.2.3. Intervalle de confiance	p.44
4. Résultats	p.45
4.1. Description de la population étudiée	p.45
4.1.1. La femme	p.45
4.1.2. Les antécédents gynécologiques.....	p.47
4.1.3. Le conjoint.....	p.47
4.1.4. Le suivi antérieur	p.48

4.4.7. Le vécu de l'accouchement	p.97
4.4.8. La douleur.....	p.97
4.4.9. Les conditions de l'accouchement.....	p.98
4.4.10. L'allaitement.....	p.98
4.4.11. L'état de santé de l'enfant à la naissance	p.98
4.5. Conséquences sur le suivi de la grossesse.....	p.99
4.5.1. Concernant la consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse	p.101
4.5.2. Concernant les examens complémentaires	p.101
4.5.3. Concernant les consultations	p.101
4.5.4. Le nombre d'intervenants.....	p.102
4.5.5. Concernant les cours de préparation à l'accouchement.....	p.102
4.5.6. Concernant les informations reçues pendant la grossesse	p.103
4.5.7. Concernant le suivi de la grossesse dans son ensemble	p.107
4.5.8. A propos du vécu de l'accouchement.....	p.107
4.4.9. Concernant la douleur lors de l'accouchement.....	p.107
4.4.10. Concernant l'allaitement.....	p.107
4.4.11. Concernant l'état de santé de l'enfant à la naissance	p.107
4.6. Synthèse	p.109
5. Discussion	p.111
5.1. Validité de l'échantillon	p.111
5.2. La population étudiée	p.118
5.3. Le type de suivi antérieur	p.120
5.4. Le professionnel référent.....	p.123
5.5. Les critères de choix.....	p.129
5.5.1. Les critères positifs.....	p.129

5.5.2. Les critères négatifs	p.133
5.5.3. En conclusion	p.134
5.6. Le suivi de la grossesse et le déroulement de l'accouchement dans la population étudiée	p.135
5.7. Les conséquences du choix du professionnel référent sur le suivi de la grossesse, l'accouchement et le post-partum	p.141
5.8. Synthèse	p.146
6. Conclusion	p.150
7. Bibliographie	p.152
8. Annexe	p.155

Serment d'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.